

UNIVERSITE DE BOURGOGNE
UFR Sciences Humaines – Ecole Doctorale LISIT (E.D. 491)
Laboratoire CIMEOS (E.A. 4177)

THESE
Pour obtenir le grade de
Docteur de l'Université de Bourgogne
en Sciences de l'Information et de la Communication

Philippe Viard

Présentée le 16 octobre 2014

Le soin-communicant
Un espace de médiation
en vue de la construction d'une professionnalité soignante
Volume 1 – Mémoire de thèse

Directeur de thèse
Jacques Bonnet, Professeur, Agrosup Dijon, CIMEOS, U. de Bourgogne

Jury :

Gino Gramaccia, Professeur, Université de Bordeaux 1, rapporteur
Florence Vinit, Professeure, Université du Québec à Montréal, rapporteure
Jacques Bonnet, Professeur, Agrosup Dijon, membre du jury
Fabienne Martin-Juchat, Professeure, Université Stendhal Grenoble 3, membre du jury
Daniel Raichvarg, Professeur, Université de Bourgogne, membre du jury
Michèle Bernier, Directrice de l'IFSI du CHRU de Dijon, membre invité

Remerciements

Mon premier remerciement sera adressé à Jacques Bonnet, mon directeur de thèse, pour avoir accepté d'accompagner ce travail et surtout pour en avoir guidé avec bienveillance les réflexions durant ces années de recherche. Son accueil, suite aux difficultés rencontrées au cours de ma première année de thèse, m'a permis de mener à bien ce projet. Sa lecture attentive et ses conseils avisés ont très largement contribué à la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite remercier Daniel Raichvarg, première personne que j'ai rencontrée lorsque je cherchais à poursuivre mes études en Master. Sa personnalité, sa générosité et son enthousiasme m'ont confirmé dans mon projet de formation. Présent tout au long de mon parcours, il m'a permis de poursuivre cette thèse m'accordant une confiance sans faille.

J'adresse ma reconnaissance au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Dijon qui a accepté de financer ma formation durant ces trois ans. J'associe également l'équipe de direction de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, et Michèle Bernier en particulier qui a initié cette nouvelle voie de la recherche au sein de l'établissement de formation. Je n'oublie pas mes collègues qui ont partagé avec moi ces années et ont souvent été les témoins bienveillants de mes questionnements et de mes interrogations entraînant quelquefois des discussions vives et constructives.

Merci aux personnes de ma famille qui ont été indispensables à la réussite de ce travail. Elles ont su m'accompagner avec patience en me prodiguant des conseils qui se sont révélés essentiels à l'achèvement de cette thèse. Merci à Willy Vogelsanger pour ses si précieux conseils de lecture. A travers lui, je tiens à associer tous les amis de « la maison de la Fouly » qui m'ont soutenu en France (à Loudun en particulier), en Suisse, en Croatie, en Autriche... J'adresse enfin un remerciement particulier aux trois personnes qui se sont chargées de la relecture de ce mémoire : Christine, Benoît et Alain.

*« Nous sommes engagés,
embarqués, préoccupés.
C'est pourquoi l'abstention
est illusoire. »*

Emmanuel Mounier

Plan

Introduction

Partie I - Enjeux et questionnements de recherche à propos de la relation de soin

1. L'environnement institutionnel et social du soin : quelle dimension info-communicationnelle ?
2. Problématique générale - Evolution de sens et mutation de la professionnalité soignante : du soin-corps au soin-communicant
3. Corps-chair et corps symbolique : des enjeux de signification
4. Hypothèses de recherche

Partie II - Logiques d'acteurs et significations véhiculées dans le contexte et la pratique du soin

1. Quel dispositif de recherche pour quelle méthodologie ?
2. Le façonnement de la norme soignante par l'image médiatique
3. La toilette : un acte fondateur de la signification du soin
4. Situations professionnelles types dans le domaine du soin : observations et analyses
5. M. Pierre, une histoire de vie et de relations
6. Le référentiel de formation infirmier et la prise en compte des personnes âgées

Partie III – Former au soin : modèles et perspectives communicationnels autour du concept de soin-communicant

1. Vers un modèle communicationnel de la pratique soignante
2. Le *soin-communicant* : vers un concept intégrateur
3. Le *soin-communicant* : espace de médiation en faveur de la construction d'une professionnalité soignante
4. Approche communicationnelle du soin et perspectives pour la professionnalisation des étudiants infirmiers
5. Limites et conditions d'exploitation de la recherche

Conclusion

Sommaire

Remerciements	2
Plan	4
Sommaire	5
Préambule	11
Introduction	13
Le monde de la santé confronté à de nouveaux enjeux	14
La relation de soin comme objet de recherche	15
Premières approches d'une problématique du soin	17
Construction de la démarche de recherche	19
Partie I	
Enjeux et questionnements de recherche à propos de la relation de soin	26
Le soin : contours d'une <i>ambition relationnelle</i>	27
1. L'environnement institutionnel et social du soin :	
quelle dimension info-communicationnelle ?	28
1.1. Perspectives épistémologiques autour du concept de soin	29
1.1.1. Le soin : une relation au corps, une « chose ordinaire de la vie »	30
1.1.2. Quelle définition retenir du mot <i>soin</i> ?	34
1.1.3. Le groupe des soignants fait-il Culture ?	36
1.1.4. Les théories ou modèles de soins	40
1.2. Permanences et mutations de la pratique du soin	46
1.2.1. Le soin et le sacré : des chemins parallèles	48
1.2.2. Le soin ou l'histoire d'un engagement	50
1.2.3. Le soin au service de la vertu : une vision sensible de la relation	54
1.2.4. Institutionnalisation du soin et communautés religieuses	56

1.2.5. Mutation pasteurienne et évolution des pratiques	60
1.3. Politiques gouvernementales et évolution de l'offre de soin.....	66
1.3.1. Le vieillissement de la population au sein d'une société en mutation	67
1.3.2. Une réforme : du charismatique au législatif.....	70
1.3.3. Vers une nouvelle définition de l'Hôpital, des Patients, de la Santé et des Territoires : la loi HPST du 22 juillet 2009.....	72
1.3.4. Des instances au service de l'organisation générale de l'offre de soin.....	74
1.3.5. La place du soigné dans l'offre de soin	78
1.4. La formation au soin : structure et modèle	81
1.4.1. Formation et changements sociétaux.....	82
1.4.2. Un nouveau programme, une nouvelle approche	89
1.4.3. Le choix d'un modèle socio-constructiviste	91
1.4.4. Une tentative de réponse aux besoins de la société et aux usagers de la formation.....	96
1.5. Vers un métier du soin : une approche compréhensive d'un processus de socialisation professionnelle	99
2. Problématique générale - Evolution de sens et mutation de la professionnalité soignante : du soin-corps au soin-communicant.....	103
3. Corps-chair et corps symbolique : des enjeux de signification	107
3.1. Le corps sujet et objet	107
3.1.1. Le corps communicant.....	107
3.1.2. Le corps et le monde vécu	115
3.1.3. Les représentations du corps : migrations conceptuelles.....	117
3.2. Les valeurs : des référents pour les actes et les comportements face au soin.....	126
3.2.1. Quel mode d'organisation des valeurs ?.....	130
3.2.2. La structuration du soin par les valeurs	133
3.2.3. Représentations et valeurs : au cœur des significations liées à la pratique du soin.....	139
3.2.4. Le Service Public de santé, entre valeur d'engagement et valeur de service	141
3.3. Distance relationnelle et médiation thérapeutique	148
3.3.1. Relation DE soin et relation AU soin	148
3.3.2. La distance à l'Autre : un espace sensoriel	151

3.3.3. Théorie et pratique de la médiation du soin.....	153
4. Hypothèses de recherche	163
Hypothèse n°1 Le concept de <i>corps-monde</i>	163
Hypothèse n°2 Le paradigme de <i>soin-communicant</i>	165
Hypothèse n°3 Une stratégie de formation bifocale	168
Partie II	
Logiques d'acteurs et significations véhiculées dans le contexte et la pratique du soin.....	170
Pour une approche sociocognitive et compréhensive du soin et de sa pratique	171
1. Quel dispositif de recherche pour quelle méthodologie ?	172
1.1. Création et délimitation du terrain de recherche.....	172
1.2. Méthode de constitution du corpus et méthode de recueil de données.....	173
Les situations de soins.....	173
Le récit de vie de M. Pierre	183
2. Le façonnement de la norme soignante par l'image médiatique	186
3. La toilette : un acte fondateur de la signification du soin	194
3.1. La toilette : un espace et un temps de significations.....	195
3.2. La toilette : une expérience du sensible	196
3.3. La toilette : un certain type d'ordre social.....	200
4. Situations professionnelles types dans le domaine du soin : observations et analyses.....	202
4.1. Catégorisation des comportements critiques dans la pratique du soin	202
4.2. Approche axiologique du soin	207
4.2.1. Le corps, entre bienveillance et bientraitance.....	210
4.2.2. Une technique protocolisée.....	216
4.2.3. Distance et tradition soignante.....	221
4.2.4. L'entourage du patient fait partie intégrante du soin	226

4.2.5. La dimension langagière de la communication en pratique de soin.....	232
4.2.6. Les valeurs constitutives d'une culture partagée chez les soignants en situation d'apprentissage.....	238
4.3. Analyse des représentations des soignants dans la pratique du soin	248
4.3.1. Les concepts énoncés par les soignants : éléments de construction du sens de l'activité ..	248
4.3.2. Les évocations mentales des soignants vis-à-vis de leur activité : la création et l'expression de liens symboliques avec la réalité	259
4.3.3. Les modes opératoires : la représentation de l'agir en interaction avec le contexte	266
4.3.4. Le sens du soin questionné à travers ses pratiques.....	272
5. M. Pierre, une histoire de vie et de relations.....	276
5.1. Un parcours de vie au rythme des rencontres et des ruptures.....	276
5.2. Aider une personne âgée comme un acte de remerciement ou la genèse du sens du soin	279
5.3. Une relation soignante avec les personnes âgées : régularité et gestes du quotidien	280
5.4. Le soin à la personne âgée, simplicité du contact et participation du corps.....	281
5.5. Le récit de M. Pierre : l'expression d'une relation de soin	282
5.6. La formation professionnelle selon M. Pierre : entre attention et confiance	284
6. Le référentiel de formation infirmier et la prise en compte des personnes âgées	286
6.1. Les sciences humaines à la base de l'apprentissage du soin	288
6.2. Les unités contributives à la formation soignante.....	294
6.3. Les sciences et techniques infirmières : l'adaptation de la communication au soin	297
6.4. Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière	302
Partie III	
Former au soin : modèles et perspectives communicationnels autour du concept de <i>soin-communicant</i>	
1. Vers un modèle communicationnel de la pratique soignante	305
2. Le <i>soin-communicant</i> : vers un concept intégrateur	309
2.1. Le <i>corps-monde</i> : corps physique et corps social.....	309

2.2. Le <i>soin-communicant</i> : relation de soin et co-construction du sens chez le soignant et le soigné.....	322
2.2.1. Quel est l'espace du soin ?.....	324
2.2.2. Quel mode d'intervention du soignant ?	324
2.2.3. Le <i>soin-communicant</i> est-il un modèle de médiation ?	329
2.2.4. Avoir ou être : quelle posture soignante pour le <i>soin-communicant</i> ?.....	330
3. Le <i>soin-communicant</i> : espace de médiation en faveur de la construction d'une professionnalité soignante	333
4. Approche communicationnelle du soin et perspectives pour la professionnalisation des étudiants infirmiers.....	338
4.1. La médiation de soin en actes	338
4.1.1. Consignes générales en vue de l'analyse d'une médiation de soin en formation infirmière	341
4.1.2. 1 ^{er} et 2 ^{ème} semestre : prendre de l'attitude	341
4.1.3. 3 ^{ème} et 4 ^{ème} semestre : éclairer le sens de l'activité	343
4.1.4. 5 ^{ème} et 6 ^{ème} semestre : se positionner en tant que professionnel soignant	344
4.2. Perspective comparative - Le modèle du <i>soin-communicant</i> et le projet d'établissement du centre « Baan Kamlangcha » en Thaïlande	346
5. Limites et conditions d'exploitation de la recherche	351
5.1. Les limites du corpus	351
5.2. Conditions d'exploitation des résultats	352
Conclusion.....	355
Le <i>soin-communicant</i> : vecteur et levier du soin	355
Bibliographie	360
Table des figures	379
Table des photographies	382

Glossaire	383
Annexes.....	385
Annexe 1 : tableaux des catégories de récits de situation.....	386
Annexe 2 : tableaux de répartition des valeurs.....	391
Situations types. Total de la répartition des valeurs.....	391
Situation type « soin et corps ». Répartition des valeurs.....	391
Situation type « soin et technologie ». Répartition des valeurs	392
Situation type « soin et distance ». Répartition des valeurs.....	392
Situation type « soin et environnement ». Répartition des valeurs	393
Situation type « soin et langage ». Répartition des valeurs.....	393
Résumé	394
Abstract.....	394

Préambule

Toute recherche nécessite un commencement. S'il est bien souvent difficile d'en connaître l'instant de départ, c'est sans doute parce que la recherche s'inscrit dans un processus lent, construit par une diachronie complexe. Nous souhaitons, en préambule, décrire rapidement le parcours professionnel qui est à l'origine de ce travail, et ce afin de préciser en quoi la communication et le soin constituent les objets de notre recherche. En effet, comme le signale Yves Winkin, pour travailler « *sur le pas de sa porte* », pour une recherche endotique, les distances à maintenir « *à des fins heuristiques entre le chercheur et son objet ne sont ni spatiales ni sociales : elles sont théoriquement construites.* »¹

Après une quinzaine d'années d'exercice de l'ébénisterie et une transition par le métier de musicien, nous avons fait le choix de devenir infirmier. Ce métier nous a conduit à travailler de jour et de nuit dans des services de pédiatrie, de médecine, de réanimation et de pédopsychiatrie. Première étape de notre parcours universitaire, une année de formation en vue de l'obtention d'un diplôme inter-universitaire de médecine de l'adolescent a permis un travail de recherche sur l'analyse de la constitution d'une médiation thérapeutique.

Dans la perspective d'une orientation vers la formation des étudiants en soins infirmiers, nous avons intégré la formation de cadre de santé avec en parallèle, une première année de Master en sciences économiques et de gestion. Formateur à l'Institut en Soins Infirmiers (IFSI) du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Dijon et dans l'optique d'une orientation scientifique plus en accord avec nos perspectives de recherche, la deuxième année de Master a été réalisée en Sciences de l'Information et de la Communication (SIC) au sein du laboratoire CIMEOS.

¹ WINKIN, Yves. *Anthropologie de la communication. De la théorie au terrain*. Editions De Boeck & Larcier S.A. Bruxelles : 1996, p. 17.

« *Vivre est un art* »² nous propose Alain Vasseur. Parce que vivre participe d'un apprentissage, d'un métier, d'une ouverture au monde... Et, comme le souligne cet auteur, la mise en « œuvre » de sa propre vie s'alterne entre intériorité et partage.

C'est là l'objet de cette thèse qui vient faire mémoire d'un parcours de recherche et de découverte, au sein du champ épistémologique ouvert et multifocal proposé par les SIC.

² VASSEUR, Alain. Introduction. *Colloque « L'habitat fragile, l'espace intime, l'espace refuge... Abri réel et symbolique, petit radeau de vie dans le grand mouvement du monde »*. Itinéraires Singuliers, Dijon, 13 mars 2014.

Introduction

Le monde de la santé confronté à de nouveaux enjeux

La santé n'est pas un secteur d'activité qui échappe aux problématiques contemporaines de l'économie, des finances et plus largement du changement structurel de la société dans laquelle l'individu occupe une place nouvelle. Gilles Lipovetsky note un paradoxe dans cette « *civilisation du désir* »³ née d'une nouvelle modernité : « *d'un côté plus que jamais, les individus prennent soin de leur corps, sont obsédés d'hygiène et de santé, obéissent aux prescriptions médicales et sanitaires. D'un autre côté, prolifèrent les pathologies individuelles, les consommations anomiques, l'anarchie des comportements* »⁴. Le soin est dès lors, directement affecté par ce contexte sociétal qui induit des décisions particulières au sein des politiques publiques en matière de santé. Celles-ci s'organisent en prenant en compte le vieillissement de la population française et le contexte lié à l'offre et à la demande de soins en santé. De surcroît, les problèmes économiques impactent durablement le système de santé qui reste une préoccupation importante en France. Dans l'analyse qu'en fait Joseph E. Stiglitz, prix Nobel d'économie, le Produit Intérieur Brut (PIB) mesure l'état de notre système de santé. Il fait le constat que « *si le PIB par habitant des Etats-Unis paraît plus élevé que celui de la France et du Royaume-Uni, c'est en partie parce que notre système de santé est moins efficace. Nos dépenses de santé sont très supérieures et nos résultats très inférieurs* »⁵. Face à ce constat, il est légitime de questionner la place du soin au sein des politiques publiques mais également dans ce que la qualité du soin peut, en elle-même, être un facteur d'efficacité.

Cependant, au regard du caractère général de mot « soin », il est nécessaire de tenter une clôture épistémologique pour le considérer comme un objet de

³ LIPOVETSKY, Gilles. *Le bonheur paradoxal*. Paris : Gallimard, 2006, p. 21.

⁴ *Id.* *Les temps hypermodernes*. Paris : Grasset, 2004, p. 76.

⁵ STIGLITZ, Joseph, E. *Le triomphe de la cupidité*. Paris : LLL, 2010, p. 450.

recherche. Nous le ferons dans une première partie, en relevant les enjeux et les questionnements qu'il fait naître dans la société contemporaine. Le soin est un sujet courant, souvent pré-construit au sens de la description de Pierre Bourdieu : « *Construire un objet scientifique, c'est, d'abord et avant tout, rompre avec le sens commun, c'est-à-dire avec des représentations partagées par tous, qu'il s'agisse des simples lieux communs de l'existence ordinaire ou des représentations officielles, souvent inscrites dans des institutions, donc à la fois dans l'objectivité des représentations sociales et dans les cerveaux. Le pré-construit est partout.* »⁶ Par convention, nous utiliserons le terme « soin » avec une définition volontairement globale d'un espace d'interaction où s'expriment dans leurs complexités les espaces de compréhension des pratiques, les représentations des acteurs et les constructions symboliques propres à la médiation du soin. Dans ce travail le soin sera compris comme la relation entre un soignant et un soigné. Cependant, nous avons constaté que l'évocation de toute question relative au soin provoque des réflexions, remarques et suggestions sur le rapport du médecin à son malade, sur le soin « médical » au sens courant du terme. S'il est vrai que l'entrée à l'hôpital se fait à partir d'un motif médical, l'espace soignant que nous chercherons à explorer ne sera pas celui de la relation médecin/malade mais celui de l'acte exercé par les professions paramédicales et en particulier les infirmiers.

La relation de soin comme objet de recherche

Lors de notre travail de master, nous avons conclu que la place centrale du soin était occupée par la relation⁷. Ce fut notre postulat de départ lors de notre entrée en thèse. Cependant, quelle légitimité y a-t-il à choisir le soin, et particulièrement la relation de soin, comme objet de recherche ? L'hypothèse générale de ce

⁶ BOURDIEU, Pierre. *Réponses : pour une anthropologie réflexive*. Paris : Seuil, 1992, p. 207.

⁷ VIARD, Philippe. La toilette, une expérience du « sensible ». *Soins cadres*, août 2011, n°79, p. 50.

travail est que la communication constitue un élément essentiel du soin. Si elle est enseignée dans les organismes de formation infirmière, c'est plus particulièrement comme un outil au service de la pratique ou comme un besoin de la personne soignée à prendre en compte⁸. La présence du concept de communication dans l'univers des significations du monde du soin ne suffit pas à justifier l'appartenance du soin au champ épistémologique des SIC. Pour Jean Davallon, quatre principes permettent de construire ce type d'objet de recherche et d'en aborder la construction d'un point de vue info-communicationnel⁹ :

- Le premier élément est la prise en compte du « *lestage technosémiotique* ». Sur ce point, la relation de soin est conforme à ce premier critère car elle est, en tant que telle, un élément technique au sens d'un objet pouvant être objectivé et observé. Elle n'est pas une abstraction ou une simple représentation, mais bien un « *composite* » complexe de faits de communication, d'échanges et d'interactions.
- Le deuxième principe prend appui sur la nécessité de réaliser un recueil de données en fonction du principe de « *réflexivité* », c'est-à-dire d'adaptation des techniques à l'objet recherché. C'est le cas de notre corpus de recherche, construit progressivement pour permettre de comprendre la relation de soin et la manière dont elle s'inscrit dans une dimension corporelle.
- « *L'échelle d'observation* » est le troisième principe. Pour notre recherche, cette échelle d'observation est celle des acteurs du soin dans la mesure où ce sont eux qui rapportent des situations vécues et analysables. Ces dernières serviront de support pour atteindre un « *degré d'abstraction* »

⁸ Nous développerons cette approche du soin par les besoins de la personne dans la partie I, sous-chapitre 1.1.4. « Les théories ou modèles de soins ».

⁹ DAVALLON, Jean. Objet concret, objet scientifique, objet de recherche. *Hermès*, 2004, n°38, p. 30-37.

qui, selon le dernier principe de Jean Davallon, est relatif à la conceptualisation et à la modélisation d'un travail de recherche.

Ces trois éléments, ainsi décrits, nous permettent d'adopter une posture « *d'interdisciplinarité focalisée* »¹⁰. En effet, si l'éclairage de la psychologie et plus particulièrement de la psychologie sociale nous aidera à décomposer et à comprendre les situations de soins, il n'en demeure pas moins que ce sera au bénéfice de l'analyse des formes communicationnelles dans le soin, des effets de sens des pratiques, des logiques de communication des soignants. Nous nous intéresserons particulièrement à l'analyse des représentations des acteurs dans l'espace de la médiation créée par le soin.

Premières approches d'une problématique du soin

L'une des premières questions qui se pose lorsque l'on évoque le soin est la place des processus communicationnels dans un espace de médiation *de* la relation de soin ou *par* la relation de soin. Actuellement, le soin est pensé comme la réponse à un besoin, une attente, une nécessité et plus simplement, à une prescription. Est-il possible d'imaginer le soin comme un processus de médiation, un dispositif communicationnel où interagissent les acteurs du soin, c'est-à-dire le soigné, le soignant, la famille, les bénévoles... ?

Plus précisément, ce processus de médiation aurait-il une forme qui, en fonction des logiques qui l'organisent, ferait émerger et mettre en jeu des valeurs, des représentations, des productions identitaires propres au groupe des soignants et, en tant que telles, des problématiques liées à des échanges de significations quant aux objectifs et à la pratique du soin ? Ce questionnement s'inscrit dans la complexité des nouveaux modèles organisationnels de la société. C'est pourquoi, dans l'analyse que nous ferons des logiques d'acteurs, et en particulier

¹⁰ CHARAUDEAU, Patrick. Pour une interdisciplinarité « focalisée » dans les sciences humaines et sociales. *Questions de communication*, 2010, n°17, p. 222.

de leurs représentations liées à l'action, nous interrogerons cette progressive évolution d'une pensée fondée sur l'acte de soin vers un modèle construit à partir de processus communicationnels complexes. Peut-on dès lors imaginer le soin comme un modèle d'une interrelation dynamique, basée sur une co-construction du sens par les acteurs en situations de soins ? Rosette et Jacques Bonnet suggèrent que « *la découverte de la lente émergence de l'idée de co-construction du sens, ainsi que du concept d'interaction et de ses effets, [...] invite la mise en dialogue de l'évolution des modèles organisationnels du travail et des modèles d'analyse de la communication humaine.* »¹¹ La relation de soin fait-elle partie de cette lente mutation organisationnelle « *du simple au complexe* » ?

Par ailleurs, notre questionnement ne peut ignorer l'un des éléments centraux du soin : le corps. Les travaux sur le concept de « *corps communicant* »¹² ont été à l'origine de notre questionnement et, en particulier, lorsque leurs auteurs invitent la communauté scientifique à « *construire un champ de recherches sur les pratiques du corps* »¹³. Le soin est l'une de ces pratiques et notre travail de Master nous avait amené à constater que, dans la pratique soignante, il est souvent plus simple de traiter le corps seul que le soigné dans sa globalité. Nous souhaitons considérer ici le corps hors du dualisme corps-physique/corps-psychique et, à l'instar d'Emmanuel Mounier, considérer que l'Homme vit dans une « *ambiance corporelle* »¹⁴. Si une certaine logique fonctionnaliste a dichotomisé l'Homme par ses besoins, ses fonctions, ses organes, Emmanuel Mounier nous propose une autre vision du corps, plus globale et plus holistique : « *cessons donc de nous représenter le " corps " et " l'esprit " comme les personnages d'une figure de*

¹¹ BONNET, Rosette, BONNET, Jacques. *Nouvelles logiques, nouvelles compétences des cadres et des dirigeants. Entre relationnel et sensible*. Paris : L'Harmattan, 2003, p. 30.

¹² MELENEC, Béatrice, MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Le corps communicant - XXI^e siècle, civilisation du corps ?* Paris : L'Harmattan, 2007.

¹³ MELENEC, Béatrice, MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Op. cit.*, p. 13.

¹⁴ MOUNIER, Emmanuel. *Traité du caractère*. Editions du Seuil : 1946, p. 117.

*danse. L'homme est à chaque moment, et l'un dans l'autre, âme et chair, conscience et geste, acte et expression ».*¹⁵

La place du corps dans le soin constitue donc l'une des entrées de notre recherche. Il ne s'agit pas, de ce point de vue, d'évaluer la réalité du corps malade ou d'appréhender le corps comme support du soin. Nous questionnerons le concept de *corps* en tant que réalité vivante et perçue, à la fois chez le soigné et le soignant. En ce sens, nous nous intéresserons plus particulièrement aux articulations des différents espaces du corps et des corps, et, à travers elles, aux rencontres et aux distances représentationnelles chez les acteurs concernés.

Construction de la démarche de recherche

Problématiser un sujet comme le soin, et plus précisément sa dimension communicationnelle, nécessite de réaliser une contextualisation solide afin de donner une assise suffisamment stable et valide à l'analyse et à la compréhension des logiques des acteurs concernés. C'est pourquoi nous ferons le choix de ne préciser notre problématique générale de recherche qu'après avoir exploré quatre éléments considérés comme structurant la problématique du soin. Ils seront précisés dans la première partie de ce travail :

- le territoire du soin, dans sa dimension sensible¹⁶ et symbolique, en particulier en ce qu'il constitue un espace entre une relation ordinaire au corps et une organisation construite de *philosophies et théories du soin*.

¹⁵ COQ, Guy. *Colloque tenu à l'Unesco « Emmanuel Mounier »*. Paris : Socomed Médiations, 2006, p. 222.

¹⁶ Nous retiendrons comme définition du *sensible* la faculté d'appréhension du monde par le corps, caractéristique du rapport au « monde de la vie » (Schütz, 1932. Perreau, 2010). Si toutefois, « *l'expérience du terrain est une expérience de partage du sensible* » (Laplantine, 2005), le sensible, en lui-même, est cette capacité à percevoir les « *phénomènes subjectifs corporels* » (Bois, 2011), les formes naturelles de l'expérience communicationnelle, les espaces de relation inter-individus.

A partir de cette double perspective, nous questionnerons l'existence d'une réelle culture du soin au sein du groupe social des soignants ;

- la pratique du soin, inscrite dans un premier temps dans une histoire fortement influencée par le monde spirituel et religieux, puis dans un second temps, rendue dépendante des changements opérés par les découvertes scientifiques ;
- l'offre de soin, définie à la fois par des réformes successives et des attentes des usagers, en particulier du fait d'un vieillissement de la population modifiant les demandes et les attentes en santé ;
- la formation au soin qui accompagne les changements sociétaux et organisationnels en recherche d'adéquation avec les attentes des futurs professionnels.

Le cadre conceptuel que nous avons construit interroge les notions qui permettent d'éclairer et de positionner notre problématique. Le corps est l'une des notions centrales de notre travail, nous souhaitons l'appréhender comme liée au monde social, mais également à la dimension de l'intime de l'Homme. L'approche phénoménologique nous éclairera sur les rapports du corps à son contexte, enjeux d'une co-construction du corps et du monde qui le contient : « *La perception, comme l'acte par lequel le monde se déploie, fait alors du corps le "sol" de toute expérience. Plus qu'un contact (qui impliquerait l'idée d'un rapport entre deux objets, mais aussi d'une limite), il faudrait plutôt parler d'un enveloppement du monde et du corps, d'une interpénétration de l'un et de l'autre.* »¹⁷

Dans le préambule de ce mémoire, nous avons décrit succinctement notre parcours professionnel et précisé notre appartenance à l'univers professionnel

¹⁷ VINIT, Florence. *Le toucher qui guérit. Du soin à la communication*. Paris : Belin, 2007, p. 29.

du soin. Dans le cadre de ce travail, et en particulier de la création du terrain propre à la recherche, il est nécessaire de préciser notre positionnement afin de limiter les biais possibles à l'analyse du corpus recueilli. Si le monde de la santé fait partie de notre quotidien, nous avons veillé à ne pas adopter une attitude dogmatique sur le soin. La recherche et ses mises en abîmes nous ont amené à explorer un terrain relativement éloigné de nos objectifs initiaux. Notre démarche tente d'éviter le biais d'une auto-analyse, d'une auto-recherche basée sur notre expérience professionnelle dont l'analyse pourrait paraître égocentrée.

Dès lors, nous n'avons pas réalisé une démarche d'immersion, un processus d'appartenance, tel que proposé par Hubert De Luze lorsque l'observateur devient « *membre (ou tente de le devenir) du groupe qu'il va décrire* »¹⁸. Nous sommes déjà membre du groupe des soignants et, de ce fait, nos propres représentations de soignant pourraient être de nature à modifier le recueil des données obtenues. Le risque d'être « partie prenante » du travail d'enquête, nécessite de réaliser cet effort de distanciation qui prévaut à tout travail de recherche. Ce positionnement face au terrain est une règle que nous nous sommes fixée, tant il est important pour le recueil des données du corpus, d'adopter un positionnement *non-apriorique*. Philippe Amiel le définit comme une posture d'indifférence ethnométhodologique, « *analogue à ce que Weber appelle "neutralité axiologique", et que Schütz désigne par "attitude de l'observateur désintéressé"*. Elle traduit une règle méthodologique de la phénoménologie husserlienne : la suspension du jugement "mondain", la "mise entre parenthèses", l'époché - voie royale pour l'accès "aux choses-mêmes" »¹⁹.

Cependant, nous avons conscience que nos propres représentations sont agissantes sur notre relation au corpus et à l'analyse : « *Il serait naïf de penser qu'il est possible d'extraire la démarche scientifique du social (Khun, 1962).*

¹⁸ DE LUZE, Hubert. *L'ethnométhodologie*. Paris : Editions Economica, 1997, p. 25.

¹⁹ AMIEL, Philippe. *Ethnométhodologie appliquée. Eléments de sociologie praxéologique*. Paris : Presses du Lema, 2010, p. 72.

Encore davantage, quand la recherche porte sur l'humain, quand il s'agit de domaine où l'intime et l'affect jouent (la sexualité, l'homosexualité, le genre, l'euthanasie, les croyances religieuses, etc.). Comment imaginer que le chercheur qui travaille ces domaines ne soit confronté à son propre vécu ? »²⁰

Cette posture téléologique nous a obligé à utiliser des informateurs, lorsqu'il était nécessaire d'appréhender le réel du soin en actes. Nous tenterons d'y relever les indices de la communication en situation par ceux qui réalisent le soin. Comme nous le propose Daniel Bougnoux : *« opérateur de continuité, d'attachement et de contact, l'indice est le lest irremplaçable de tous les cours ; de même les soins du corps sont au cœur du social contemporain. L'arc-en-ciel des communications indicielles est le vecteur du sens, s'il est vrai que ne "fait sens" pour chacun que cette information qu'il peut relier à son corps, ou à l'organisation vivante en général. »²¹*

Dans la deuxième partie de ce mémoire nous avons choisi de tester la validité de nos hypothèses à partir de l'analyse de données recueillies sur cinq lieux différents :

- Le premier est celui des médias publics et, en particulier, celui de l'affichage médiatique de trois femmes qui représentent symboliquement le soin. Le choix de ces trois personnages exemplaires, dans ce qu'ils communiquent d'images symboliques, répond au besoin de connaître l'environnement du soin et la représentation publique du soignant. Nous réaliserons une lecture macro-communicationnelle de ces images médiatiques afin d'en déduire la représentation de « sens commun » du

²⁰ GALINON-MELENEC, Béatrice, MARTIN-JUCHAT, Fabienne. Du « genre » social au « genre » incorporé : Le « corps genré » des SIC, *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [en ligne]. 2014, n°4, mis en ligne le 15/01/2014, <<http://rfsic.revues.org/857>> (consulté le 23/06/2014).

²¹ BOUGNOUX, Daniel. *La communication par la bande : Introduction aux sciences de l'information et de la communication*. Paris : La Découverte, 1998, p. 70.

soin et de ce que ces trois femmes véhiculent comme « prescription » au modèle soignant.

- Le deuxième lieu est celui du soin et en particulier dans le domaine *du confort et du bien-être* généralement appelé « toilette »²². Une analyse de cet acte permettra de figurer le sens de ce soin, acte emblématique de l'activité soignante. Bien au-delà d'un simple soin technique, la toilette permet d'appréhender la dimension meso-communicationnelle de l'activité soignante par ses implications sensorielles, sensibles et symboliques.
- Le troisième lieu est celui de situations de soins rencontrées par des étudiants en stage et mises en récit. Toutefois, si ces situations ont été réellement vécues par ces *soignants en devenir*, elles demeurent le produit d'un discours à *posteriori*, révélateur des représentations des acteurs. Cependant, comme le décrit Lise Renaud, « *si les représentations sont souvent des productions discursives, elles peuvent aussi ne pas être conscientes ou exprimées (notamment lorsque l'objet de la représentation est le corps ou la santé), et c'est alors au travers des pratiques qu'elles peuvent être appréhendées* »²³. C'est pourquoi, en l'accompagnant dans son récit par un entretien, chaque étudiant a pu décrire la situation qu'il a vécue : « *pour le connaître [le vécu de l'acteur] afin de le modéliser et de le perfectionner, il faut que celui qui l'a vécu, comme celui qui cherche à s'en informer le reconnaisse* »²⁴. Même si pour le soignant son activité peut « aller de soi » en tant qu'acteur social, il « *peut, et il est le seul à pouvoir le faire aussi parfaitement, décrire, commenter ses actions, leur pourquoi,*

²² Nous aborderons plus particulièrement ce soin appelé « toilette » dans la partie II, chapitre 3, intitulé « La toilette : un acte fondateur de la signification du soin ».

²³ RENAUD, Lise, THOER, Christine. « Éditorial ». *Santé Publique*, mai 2007, vol. 19, p. 351.

²⁴ VERMERSCH, Pierre. Aide à l'explicitation et retour réflexif. *Journal de l'association GREX*, mars 2005, n°59, p. 30.

leur comment, et jeter sur celles des autres membres un éclairage significatif. »²⁵. A partir de ce recueil de situations, nous réaliserons une analyse micro-communicationnelle *d'activités professionnelles types*²⁶ et dans le cadre d'une étude des représentations.

- Le quatrième lieu est le récit de vie d'une personne suisse, qui a décidé d'accueillir à son domicile une personne âgée dépendante non membre de sa famille. Cette démarche nous a interrogé sur le sens que pouvait révéler cet engagement de prise en charge d'une personne âgée hors d'un cadre professionnel. Ce récit de vie fera l'objet d'une analyse diachronique et compréhensive afin de dégager les caractéristiques d'un engagement soignant par une personne « non-soignante »²⁷. Le réel mis en récit par l'auteur de cet accueil, permet de faire émerger une réalité vécue et perçue où peuvent apparaître des nombreuses significations : « *le réel est ce qui est au-delà des mots, au-delà des signes : au-delà en définitive de la limite qui fonde l'espace symbolique de la communication.* »²⁸
- Le cinquième lieu est celui de l'espace monographique que représente le programme de formation infirmière. Cet enseignement est proposé par les IFSI qui s'appuient sur trois référentiels nationaux²⁹. Ils nous permettront d'aborder la question suivante : en quoi la personne âgée est-elle prise en compte, au sens de « en quoi lui attribue-t-on de la valeur », à la fois au

²⁵ DE LUZE, Hubert. *L'ethnométhodologie*. Paris : Editions Economica, 1997, p. 23.

²⁶ Nous présenterons notre méthode de classification des activités professionnelles types, dans la partie II, sous-chapitre 4.1. intitulé « Catégorisation des comportements critiques dans la pratique du soin ».

²⁷ Nous utiliserons l'expression « non-soignant » pour signifier le caractère non-professionnel de l'activité de soin.

²⁸ LAMIZET, Bernard. *Les lieux de communication*. Wavre : Pierre Mardaga Editeur, 1995, p. 74.

²⁹ La réforme de la formation infirmière en 2009 organise les enseignements à partir de trois référentiels : un référentiel d'activité, un référentiel de compétences et un référentiel de formation. Ils seront présentés dans la partie I, chapitre 1.4.2. intitulé « Un nouveau programme, une nouvelle approche ».

sein d'unités dénommées « *sciences humaines* », « *biologiques et médicales* » et « *sciences infirmières et d'intégration des savoirs* ». Cette dernière analyse permettra de construire un socle de préconisations de nature stratégique, dans le contexte d'harmonisation des formations de santé en vue d'une collaboration interprofessionnelle plus efficiente au service du patient.

A partir des conclusions de notre analyse, une troisième partie sera consacrée à la théorisation d'un modèle communicationnel du soin. Il s'agira de rendre intelligible une synthèse des résultats obtenus grâce à l'analyse des processus et des pratiques communicationnelles relevés dans les différents lieux de recherche, et ce en réponse aux hypothèses que nous proposons. La modélisation mise en place ci-après, permettra de caractériser les éléments d'une approche que nous nommerons *soin-communicant* et qui se veut intégrative et interprétative des données recueillies. En fournissant une appellation pour ce modèle, nous souhaitons, ainsi que le propose Daniel Bertaux, réaliser un « *effet loupe* »³⁰, en distinguant le soin du point de vue des SIC de l'ensemble des regards disciplinaires proches.

Cette modélisation tentera d'articuler une conceptualisation, une production de connaissances et un ensemble de perspectives stratégiques relatives à la formation des futurs étudiants infirmiers accueillis en IFSI dans le cadre de leur formation disciplinaire et de leur collaboration avec les autres professionnels de la santé.

³⁰ BERTAUX, Daniel. *Le récit de vie. L'enquête et ses méthodes*. Paris : Armand Colin Editeur, 2010, p. 102.

Partie I

Enjeux et questionnements de recherche à propos de la relation de soin

Le soin : contours d'une *ambition relationnelle*

S'il est difficile d'isoler le soin dans la société du XXI^e siècle où le système de santé demeure l'un des piliers de l'identité nationale, il est également inenvisageable d'imaginer l'activité soignante comme indépendante de son contexte historique et social. Dans cette première partie, nous évoquerons le soin en tant qu'activité reconnue socialement et ciment culturel pour le groupe des soignants.

Si, depuis ses origines chrétiennes le soin infirmier a connu une évolution très lente, sa mutation s'est brusquement accélérée à la fin du XX^e siècle en raison de diverses réformes du système de santé. Le rapport du soigné aux soins qui lui sont prodigués, celui des étudiants aux formations qui leur sont proposées en ont été profondément modifiés.

Et si notre recherche nous a guidé dans la compréhension des évolutions du sens du soin et de la professionnalité de ceux qui l'exercent, le corps demeure une notion centrale dans notre problématique de recherche. C'est pourquoi le concept de *soin-communicant* sera vu non pas comme l'affirmation d'une évidence mécaniciste mais plutôt comme la compréhension d'une *ambition relationnelle* : « *A travers le corps, c'est notre rapport à l'altérité qui se trouve ici en jeu : si le souci d'autrui se manifeste dans une qualité de présence et d'attention aux gestes posés, il se tient aussi et avant tout dans la reconnaissance de l'écart et de la différence.* »³¹.

Ainsi, après avoir investigué la notion de valeurs, nous pourrions délimiter ce qui relève de cet *écart*, de cette *différence*, à travers les notions de distance relationnelle et de médiation thérapeutique.

³¹ VINIT, Florence. *Le toucher qui guérit. Du soin à la communication*. Paris : Belin, 2007, p. 39.

1. L'environnement institutionnel et social du soin : quelle dimension info-communicationnelle ?

Nous choisirons de définir *les* contextes du soin dans leur acception plurielle, tant il est difficile de circonscrire cette activité à un domaine social particulier. Le monde de la santé n'échappe pas aux problématiques économiques et financières de la société dans son ensemble. Ces dernières impactent le soin et, dans un même temps, face aux nouvelles demandes voire exigences des usagers, le soin s'adapte et modifie les lieux de sa pratique ainsi que les systèmes institutionnalisés qui l'organisent. L'hôpital est l'un d'entre-eux, que des observateurs critiques vont jusqu'à considérer comme une maladie. C'est notamment le cas de Bertrand Kiefer qui affirme que globalement, si à leur sortie de l'hôpital les patients ont été traités en ce qui concerne leur motif d'hospitalisation, « *ils sont physiquement affaiblis et engourdis dans leurs compétences intellectuelles et sociales.* »³². Bertrand Kiefer de constater qu'il s'agit de questionner les savoirs et les organisations en jeu dans la pratique hospitalière. L'une des solutions, selon lui, serait de « *donner plus de moyens aux soignants pour s'occuper des caractéristiques et faiblesses de chaque malade* »³³.

Aujourd'hui, la demande en santé se modifie au rythme du vieillissement de la population et, dans le même temps, les politiques sociales répercutent dans leurs objectifs les économies rendues nécessaires par les problématiques économiques. Ainsi, notre travail de recherche prendra appui sur le soin à la personne âgée, population prévalente en nombre et en demande en santé.

³² KIEFER, Bernard. L'hôpital comme maladie. *Le temps*. Genève, 18 septembre 2013.

³³ *Ibid.*

Comme le propose Charles Sanders Peirce, « *l'homme est un signe* »³⁴, il l'est parce qu'il est lui-même signification dans un contexte, dans une réalité vécue, pratique et réelle. C'est tout l'enjeu de définir les contours qui bordent le soin aux personnes âgées, en dessinant les territoires qu'occupent les acteurs du soin dans leur pratique et pour leur formation. Non pas qu'il faille limiter le sens des logiques d'acteurs, mais bien qu'il est nécessaire de donner aux significations qu'ils portent et qu'ils expriment une valeur, pour en faire une évaluation à la fois sur le plan communicationnel et sur le plan social (Miège, 1998). Si « *l'approche de la communication ne saurait délaissier durablement [...] le niveau macro-sociétal et en particulier les logiques d'action correspondant aux stratégies des acteurs dominants* »³⁵, c'est pour mieux en comprendre les pratiques quotidiennes et les interactions entre les acteurs du soin.

1.1. Perspectives épistémologiques autour du concept de soin

Afin de cerner la problématique de ce travail de recherche il est nécessaire de préciser l'acception que nous donnons ici au terme « soin ». En effet, le soin se perd à la genèse même de la nature humaine et se présente comme un concept multifocal, multidisciplinaire et polymorphique. Dans la littérature, le mot « soin » est le plus souvent confondu avec le verbe « soigner ». Le concept « soin » est substitué par le « prendre soin » où l'on retrouve très directement la dimension de l'activité ou de la mise en situation dans une perspective tautologique d'acteurs en action.

Pour conserver le caractère essentiel du concept, nous garderons toutefois à l'esprit que le soin ne peut se penser sans acte de soin et, comme le décrit

³⁴ BURKS, Arthur Walter. *Man : Sign or Algorithm ? A Rhetorical Analysis of Peirce's Semiotics*. Fall : Indiana University Press, 1980, p. 280.

³⁵ MIEGE, Bernard. *Le communicationnel et le social : déficits récurrents et nécessaires (re)-positionnements théoriques. Loisir et Société / Society and Leisure*, 1998, vol. 21, p. 35.

Jean-Gilles Bouda, c'est un profil épistémologique d'un « *que sais-je ?* » et la représentation d'une discipline du « *que fais-je ?* »³⁶. Les deux perspectives se nourrissant l'une de l'autre, métamorphosées l'une en l'autre et jamais actées l'une sans l'autre. Notre problématique vient donc interroger la nature même de l'acte de soin en situation et, pour paraphraser la définition de Jean-Gilles Bouda, s'articule autour de « *que sais-je du soin que je fais ?* ».

L'ontologie du soin est un enjeu pour de nombreuses sciences. Le soin se voit décliné et étudié par l'éthique en philosophie, l'activité en didactique professionnelle, le management en sciences de gestion, les organisations en sociologie, la formation en sciences de l'éducation... axes multiples aux embranchements nombreux pour des spécialités qui viennent à la source du soin nourrir leurs propres problématiques. Le soin par lui-même, en tant que tel, n'est étudié par aucune de ces sciences. Le soin est souvent découpé par matière, par orientation médicale ou par type de prise en charge. Ici c'est la vieillesse qui est étudiée, là c'est l'éducation thérapeutique qui suscite de l'intérêt. A chaque fois, le soin prête son espace propre pour des études qui ne sont pas les siennes. Le soin y trouve tout de même son bénéfice : progresser au pied de sciences plus anciennes, plus reconnues et plus académiques.

1.1.1. Le soin : une relation au corps, une « chose ordinaire de la vie »

Parce que problématiser le soin demande de faire des choix, nous ferons celui de ne pas instruire de hiérarchie entre l'approche corporelle et l'approche relationnelle. Nous penserons tout à la fois l'une et l'autre, comme consubstantielle au soin, partant du postulat que le soin questionne le rapport de l'Homme à son propre corps. Fabienne Martin-Juchat décrit l'Homme moderne

³⁶ BOULA, Jean-Gilles. *Anthropologie et Soins : Savoir et Représentation, Psychologie et Ethiques médicales* [en ligne]. <www.gfmer.ch/Présentations_Fr/anthropologie_soins.htm> (consulté le 04/11/2012).

comme « *un petit anthropoïde du quotidien (qui) n'a plus que son corps "interagissant universel" (Jousse, 1974) comme objet de recherche ou de quête, afin de conjurer sa solitude et sa peur de la mort* ». C'est bien cette définition beaucoup plus large qu'un corps « enveloppe charnelle » que nous retenons pour le cadre de notre problématique.

Les travaux d'observation de certains anthropologues nous permettent de percevoir l'origine de certaines pratiques sociales telle que le soin. C'est le cas notamment de Margaret Mead qui, dans l'un des ouvrages majeurs d'anthropologie sur les mœurs en Océanie, observe de quelle manière le soin est confié aux jeunes filles de six ou sept ans. S'il est naturel pour la jeune fille de s'occuper des enfants, l'une de ses fonctions dans le groupe social auquel elle appartient est d'abord de maintenir propre le corps des nourrissons. Margaret Mead remarque que « *la nurse par excellence est habituellement une gamine de six ou sept ans, qui n'a pas la force de soulever un bébé de plus de six mois* »³⁷. Le soin est collectif et les nourrices donnent le sein sans distinction aux enfants qui en ont besoin. Cette approche anthropologique questionne l'idée même d'existence du concept de soin. L'exemple que nous apporte Margaret Mead montre combien le soin est présent dans sa dimension d'utilité sociale et qu'il est mis au service du groupe dans une perspective communautaire de prise en charge des notions d'alimentation et d'hygiène. Les corps sont les lieux d'échanges, de relations, médiés par une fonction reconnue dans le groupe.

Il est donc nécessaire de questionner la nature du soin pour que la problématique de ce travail s'appuie sur une définition stable. Dans un premier temps, il s'agit d'identifier si le soin est de nature plurielle. La littérature ne distingue pas précisément « soin » et « soins ». Pourtant la question centrale que pose l'emploi du pluriel est celle du traitement du concept comme une prise en charge singulière d'un être humain bien portant ou malade (un soin) ou comme une notion plus large, qui regrouperait l'ensemble des activités ou réflexions sur le

³⁷ MEAD, Margaret. *Mœurs et sexualité en Océanie*. Paris : Plon, 1963, p. 311.

sujet (les soins). Comme nous l'avons vu précédemment pour l'approche corps/relation, notre problématique questionnera le soin et les soins dans une même perspective, selon l'idée suivante : le soin est riche d'une histoire et d'une « épistémè » au sens du concept défini par Michel Foucault : « *Il ne sera pas question de connaissances décrites dans leur progrès vers une objectivité dans laquelle notre science d'aujourd'hui pourrait enfin se reconnaître ; ce que l'on voudrait mettre au jour, c'est le champ épistémologique, l'épistémè* »³⁸. A partir de ce constat, la notion de soin permet de questionner en quoi, dans l'activité de soin, se construisent des espaces de sens, notamment entre histoire et culture, entre pensée et connaissance.

De nombreux scientifiques relient le concept de soin à l'épistémologie anthropologique. Dans cette perspective, l'anthropologie est comprise comme un espace heuristique qui accueille une grande partie des sciences humaines. C'est ce que relèvent Augé et Colleyn en précisant que « *C. Lévi-Strauss a introduit en France l'usage anglo-saxon du terme "anthropologie" en tant qu'étude des êtres humains sous tous leurs aspects* »³⁹. Dans son travail « pour une anthropologie du soin », Georges Blein s'appuie sur cette affirmation en précisant que pour lui, le soin s'inscrit dans une perspective anthropologique car cette démarche permet « *d'inventorier et retenir, réfléchir et même infléchir, dans leur prise en compte et analyse, les différentes composantes qui le [le soin] constituent et le structurent* ». Pour lui le soin ne serait « *rien d'autre que ce que l'on fait quand on soigne* »⁴⁰, une inscription dans une démarche de terrain, comme une instance conceptuelle de nature métacognitive, c'est-à-dire qui permet essentiellement un positionnement soignant dans le réel. La différence fondamentale entre une anthropologie du soin et ce qui est habituellement appelé *théories de soins*, *philosophies de soins* ou *concepts de soins*, serait une vision moins dogmatisée

³⁸ FOUCAULT, Michel. *Les mots et les choses*. Paris : Gallimard, 1966, p. 13.

³⁹ AUGÉ, Marc, COLLEYN, Jean-Paul. *L'anthropologie*. Paris : P.U.F., 2009, p. 12.

⁴⁰ BLEIN, Georges. *Pour une anthropologie du soin* [en ligne]. <http://ifsi.avignon.free.fr/DocumentsEtudiants/anthropo_du_soin.pdf> (consulté le 09/11/2012).

et plus attachée à l'ordre de l'activité humaine. Georges Blein en conclut que le soin est un fait social où vient s'agréger l'ensemble des « *choses ordinaires de la vie* », non pas dans une lecture individuelle mais dans une perspective sociétale chère à la discipline anthropologique⁴¹.

Pour Francine Saillant et Eric Gagnon, les soins sont liés à la dimension axiologique de l'Homme et leur action est socialement inscrite dans une collectivité où l'individu a une grande place. Le soin est « *un ensemble de gestes et de paroles, répondant à des valeurs et visant le soutien, l'aide, l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur corps et leur esprit, donc limitées de manière temporaire ou permanente dans leur capacité de vivre de manière " normale " ou " autonome " au sein de la collectivité* »⁴². Dans une recherche sur les soins à domicile, Francine Saillant confirmera cette relation entre soin et conduite vers l'autonomie, principe fondateur du modèle conceptuel des soins pensé par Virginia Henderson⁴³.

De nombreuses théoriciennes du soin sont d'origine nord-américaine et ont donc écrit leur modèle en anglais. La traduction du mot « soin » se trouve, de ce fait, très riche d'enseignement. Si le mot « care » est effectivement traduit en français par « soin » il recouvre en anglais plusieurs acceptions qui permettent d'ouvrir des pistes de compréhension des diverses dimensions du soin⁴⁴ :

- « prise en charge » pour l'expression « to take care of ». c'est l'action de prendre soin, de s'occuper de l'Autre ;

⁴¹ Nous pouvons mettre en parallèle cette conception proposée par Georges Blein et celle décrite par Alfred Schütz dans son concept du *Lebenswelt*, en tant que révélateur des éléments du monde-de-la-vie. SCHÜTZ, Alfred. *Essais sur le monde ordinaire*. Paris : Le Félin, 2010.

⁴² SAILLANT, Francine. La part des femmes dans les soins de santé. *Revue internationale d'action communautaire*, 1992, vol. 28, n°6895, p. 106.

⁴³ Nous abordons le modèle conceptuel de soin proposé par Virginia Henderson dans la partie I, sous-chapitre 1.1.4. « Les théories ou modèles de soin ».

⁴⁴ Dictionnaire Collins [en ligne]. <<http://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/care?showCookiePolicy=true>> (consulté le 10/04/2014).

- « attention » pour l'expression « to do something with care » et en particulier pour les choses fragiles « with care » que l'on retrouve sur les paquets fragiles ou « to take care » pour l'indication du « faire attention ». L'impératif utilise également « take care ! » pour un « fais attention ! » « prends soin de toi ! » ;
- « souci » synonyme de « worry » ou « care of, incare of » pour l'expression « aux bons soins de », indication pour faire suivre un courrier.

Par ailleurs, Marie-André Vigil-Ripoche dans sa définition du care, le rapproche du « caring » littéralement le « prendre soin ». Elle précise que ce sont les théoriciens américains des années 1970 qui ont initié la réflexion et le « *font apparaître comme le centre de la discipline "Nursing" et à la fois comme une partie du paradigme "Nursing"* »⁴⁵. Le parallèle avec le mot « soin » est explicite. Le « soin » est à la fois cette grande discipline où se retrouvent nombre de praticiens et, en même temps, le « soin » l'est un des éléments de cette discipline dans la mesure où il est un acte, une action, une situation circonscrite à une procédure, une norme ou un dispositif.

1.1.2. Quelle définition retenir du mot *soin* ?

Dans une réflexion sur le soin, Dominique Lecourt indique que « *ce qui est en jeu, c'est la redécouverte du socle anthropologique sur lequel la médecine - toute médecine - fonde son humanité et son efficacité.* »⁴⁶ Cette vision ontologique est-elle utopique ou programmatique ? Fonder son humanité sur l'idée centrale que l'Homme est au centre de l'attention du soin peut paraître simpliste et pourtant, cette précision peut permettre de comprendre ce qui prévaut à l'origine du soin. Si, comme nous le précisent Jean Lombard et Bernard Vandewalle, soin et

⁴⁵ FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Editions MALLET CONSEIL, 2009, p. 96.

⁴⁶ LECOURT, Dominique. *Avant-propos*. In : BENAROYO, L, LEVEVE, C, MINO, C. *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*. Paris : Presses Universitaires de France, 2010, p. 2.

traitement ont longtemps été confondus dans une seule activité, il est nécessaire de distinguer ce que les grecs appelaient l'*épimeleia*, « *l'entretien du malade* »⁴⁷ au sens de prendre soin, et la *therapeia*, « *art de soigner le corps, selon la préfiguration qu'en donnait Platon* », au sens de donner des soins. Bien qu'il soit nécessaire, comme nous le rappelle Dominique Wolton, « *de laisser les distances entre les mots* »⁴⁸ entre thérapeute et soignant, les frontières restent floues. Comment comprendre ces notions si différentes et pourtant si complémentaires que sont soigner, guérir, traiter, faire un soin, prendre soin... ?

Deux concepts peuvent se dégager de cette multitude d'orientations du mot soin. En effet, Frédéric Worms propose de concevoir le soin comme « *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même* ». Dans cette définition se retrouvent les deux concepts du soin : « *soigner, c'est soigner quelque chose* » et « *soigner c'est aussi soigner quelqu'un* »⁴⁹ qui correspondent à deux logiques différentes. Cette conception du soin est différente de la séparation traditionnelle qui est faite entre un soin technique et un soin relationnel. En effet, les deux approches proposées appartiennent toutes les deux au champ de la relation. Actuellement, les soins découlent d'une démarche clinique qui oriente les activités à partir des besoins de la personne. La relation en tant que telle n'est identifiée que dans le cadre des besoins du patient. Cette approche d'un soin bifocal permet de comprendre en quoi le sujet du soin est important. Dans la proposition différente faite par Frédéric Worms, le soin n'est pas « *une seule mais deux sortes de relations entre des subjectivités* »⁵⁰. Il nous semble particulièrement intéressant que cette approche propose une démarche compréhensive du soin. En situation, aborder la pratique avec ces deux niveaux

⁴⁷ LOMBARD, Jean, VANDEWALLE, Bernard. *Philosophie et soin. Les concepts fondamentaux pour interroger sa pratique*. Paris : Editions Seli Arslan SA, 2009, p. 11.

⁴⁸ WOLTON, Dominique. *Penser la communication*. Paris : Flammarion, 1997, p. 48.

⁴⁹ WORMS, Frédéric. Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales. *Esprit : les nouvelles figures du soin*, janvier 2006, n°321, p. 143.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 145.

d'analyse peut permettre de comprendre ce que l'interaction engage comme co-construction de sens pour le soigné et le soignant et entre ces derniers.

La question du sens du soin dépasse donc très largement l'aspect purement thérapeutique. C'est l'approche du soin pensée par Philippe Svandra, pour qui l'essence même du soin permet de garder à l'Homme son identité d'Humain. Il précise que le soin « *peut prendre une nouvelle dimension, puisqu'il ne s'agit plus seulement d'avoir le souci des êtres vivants, mais aussi d'éléments aussi fondamentaux que l'air, l'eau et, ne l'oublions pas, la culture.* »⁵¹. S'agit-il dans ce cas d'un simple glissement sémantique ou plus largement de la prise de conscience de ce que le soin engage une dimension plus universaliste ? Si la problématique que nous construisons dans ce travail de recherche ne vise pas à questionner l'universel dans le soin, elle interroge cependant l'activité dans son contexte sociétal qui n'est pas exempt d'une dimension culturelle et symbolique au sens d'un ensemble de formes et de signes de communication humaine sur lesquels reposent les interactions. En effet, le soin engage une part symbolique dans la perception (voire même de la construction) de la situation vécue par le soigné et le soignant. Tous deux interviennent dans la relation de soin avec l'identité et les rôles que la société est susceptible de leur attribuer et de leur reconnaître.

Il convient, à ce stade de notre travail, d'investiguer plus particulièrement le lien entre la culture et le groupe social des soignants.

1.1.3. Le groupe des soignants fait-il Culture ?

Le groupe professionnel des soignants est souvent considéré comme ne faisant qu'un, sans pour autant que soient délimités les contours d'une réelle culture soignante, d'une culture du soin. Pour la problématique de ce travail de recherche

⁵¹ SVANDRA, Philippe. *Prendre soin d'autrui... prendre soin du monde.* In : *Psycho, socio, anthropo, philo.* Paris : Editions Med-line, 2010, p. 220.

il est donc nécessaire de définir cette culture, dans la mesure où elle interroge les logiques d'acteurs au sein du groupe social qui la constitue. Il convient donc de préciser l'acception de cette expression « culture du soin » car elle est souvent utilisée dans la littérature pour désigner une réflexion d'ordre général sur le soin ou sur les soins qui oscille entre éthique, engagement et relation humaine. Pour certains auteurs, la culture du soin regroupe la capacité des professionnels à accorder leurs sentiments et leurs affects au réel de l'activité : « *Il faut montrer nos émotions et dire ce que nous ressentons, car la parole est vraie et montre nos limites ; elle montre qu'on est aussi des hommes et non des dieux* »⁵² Il s'agit donc d'une culture faite de modes opératoires exprimés et structurés à partir de valeurs et de protocoles d'action en réaction à un environnement vécu comme hostile : « *Il semble exister chez les infirmières une culture professionnelle particulièrement tournée vers l'évitement de la menace des désordres du corps et de l'esprit, jusque dans ses activités quotidiennes (conduites de survie collective).* »⁵³

Nous choisirons une définition différente, empruntant à Birdwhistell sa formule selon laquelle « *être membre, c'est être prévisible* »⁵⁴ et à Goodenough l'idée complémentaire que la culture est ce qu'il faut savoir pour appartenir. A ce titre, le groupe social des soignants fait culture car il s'inscrit dans la proposition que fait Yves Winkin d'une anthropologie de la communication à la suite de Hymes, Birdwhistell, Goffman et Goodenough. Micheline Wenner reprend cette idée d'une culture soignante, organisée autour de connaissances communes qui permet aux soignants de se reconnaître et de réaliser ensemble une lecture de

⁵² MILLEZ Paul, cité par dans le chapitre « Une culture du soin » par DE HENNEZEL, Marie. *Le souci de l'autre*. Paris : Robert Laffont, 2004, p. 172.

⁵³ VEGA, Anne. Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé*, 1997, vol. 15, n°3, p. 124.

⁵⁴ WINKIN, Yves. *Anthropologie de la communication. De la théorie au terrain*. Paris : De Boeck Université, 2001, p. 84.

leur métier. Cette définition de la culture soignante englobe tous les acteurs de la relation : patients et professionnels⁵⁵.

Depuis quelques années, la quête d'une culture propre au soin est devenue un enjeu dont l'objectif consiste moins à créer un groupe reconnu socialement qu'à préserver un territoire face aux autres groupes professionnels. Ainsi, il est souvent admis entre soignants « qu'il y a un art du soin » propre à ces professionnels et il est donc possible d'en déduire l'existence d'une certaine « culture du soin ». L'enjeu est alors de rendre observables les connaissances produites, les savoirs propres, les compétences spécifiques face aux défis économiques de la santé communautaire. Construire une culture par l'intermédiaire de la mise en commun de connaissances permet « *un travail de construction, une élaboration de la manière dont le savoir peut être à la fois différencié et exploité* »⁵⁶. Il permet alors de conduire à une meilleure visibilité des processus en jeu dans l'organisation des connaissances infirmières, dans l'élaboration d'une identité soignante, dans la différenciation symbolique par rapport aux autres métiers du soin et plus globalement dans la co-construction du sens comme production communicationnelle (Bonnet, et al., 2010)⁵⁷.

En effet, la position stratégique de l'infirmier dans sa relation au malade lui offre la possibilité d'identifier des savoirs qu'il peut mettre au service du collectif de soin. Sa fonction a de la valeur, elle est unique et observable parce que ces savoirs sont spécifiques au soin. Ainsi, l'activité infirmière identifiée en tant que telle, permet de définir une culture propre, rassemblée à partir de méthodologies, de réflexion et d'action au bénéfice de l'amélioration de la qualité professionnelle. En appartenant à cette culture commune, le soignant peut alors évaluer ses

⁵⁵ WENNER, Micheline. *Sociologie et culture infirmière. Pour mieux comprendre le terrain des pratiques professionnelles*. Paris : Editions Seli Arslam, 2001, p. 7.

⁵⁶ VIGARELLO, Georges. Les recherches de Jean-Claude Forquin. *Actualités et influences*, avril-mai-juin 2001, n°135, p. 16.

⁵⁷ BONNET, Jacques, BONNET, Rosette, RAICHVARG, Daniel. *Les savoirs communicants*. Dijon : Editions universitaires de Dijon, 2010.

pratiques, à la fois pour rendre plus efficiente son intervention auprès du soigné, mais également pour accompagner les étudiants dans leur formation en explicitant le soin.

Cependant, l'importance de l'emprise des disciplines médicales sur la pratique infirmière peut être de nature à empêcher la création d'une véritable culture socioprofessionnelle indépendante et construite. Ce que Goodenough proposait comme acte d'appartenance à une culture ne peut se résumer à une suite de pratiques, d'applications de modèles conceptuels ou d'utilisations d'approches méthodologiques. C'est pourtant à partir de protocoles, de lecture pragmatique de l'action, de didactique professionnelle, qu'est décrit le champ culturel soignant. Le point de vue médical sur la culture soignante est à ce titre assez caricatural : « *Ce faisant les infirmiers montraient bien ce que la culture infirmière avait d'original et de spécifique. Exister au plus près du patient et avoir avec lui une relation passant tout aussi bien par le corps, par les médicaments et par les activités structurées que par l'animation de la vie quotidienne.* »⁵⁸ Si le métier d'infirmier s'architecture à partir du processus de soin et en particulier de la prise en compte d'un patient, qu'en est-il en termes d'enjeux d'acteurs, de lecture des transformations des pratiques, des changements des paradigmes sociétaux, des représentations ?

Nous retiendrons, en vue de l'élaboration à venir de notre problématique, que la culture du soin ou, comme le formule Robert William Higgins, la « contreculture du care », est sans doute à rechercher au-delà des procédures techniques, des manières d'être ou des protocoles de réaction aux situations rencontrées. La culture du soin n'est pas là pour donner des réponses mais pour ouvrir un espace de réflexion et de significations. « *L'homme ne vit pas seulement d'informations objectives. Ces réponses [.../...] sont moins à retrouver ou à restaurer qu'à*

⁵⁸ BAILLY-SALIN, Pierre. Le soin et l'activité. VST – Vie Sociale et Traitements, janvier 2007, n°93, p. 54.

découvrir dans ce qui nous fait signe aujourd'hui, dans le Soin, le prendre soin, l'importance que leur référence prend dans la conjoncture culturelle actuelle. »⁵⁹

1.1.4. Les théories ou modèles de soins

Les théories de soins ou, comme les nomme Jérôme Pellissier les « philosophies-théories de soins », sont les pierres angulaires de la pratique infirmière. Notre problématique ne peut s'affranchir de cette approche générale du soin qui est enseignée aux futurs soignants comme un élément fondateur du métier. A ce titre, le soin est pensé, du début de la formation infirmière aux pratiques avancées, comme nécessitant son élaboration à partir de théories globales. Le terme *théorie* ou *modèle* est employé alternativement pour désigner des conceptions du soin, la plupart du temps écrites et modélisées par des infirmiers. Ces modèles de soins sont multiples, de nouvelles approches et de nouvelles théorisations sont régulièrement proposées aux professionnels et aux étudiants. Cependant, les théories qui dominent sont celles de femmes pionnières, dont les modèles anciens sont toujours enseignés et accompagnent les professionnels au travers des mutations sociétales.

A l'instar des « saintes femmes », quelques grandes figures de la profession en portent les valeurs et ont créé des modèles conceptuels de soin⁶⁰ :

- **Florence Nightingale** (1860)⁶¹. Anglaise dont la théorie de soins propose de placer le malade dans les meilleures conditions pour que la nature puisse lui permettre de recouvrer la santé.

⁵⁹ HIGGINS, Robert, William. Le statut « psychologique » du mourant. *Le Carnet Psy*, mai 2011, n°154, p. 42.

⁶⁰ Cette liste non-exhaustive présente brièvement le point de vue principal du modèle de soins ou de la théorie proposée. Nous avons indiqué en parenthèses, l'année où le modèle a été publié. La plupart des *nursing theory* sont développées sur <www.nursing-theory.org>.

⁶¹ Les dates indiquées sont celles de l'année de publication du modèle.

- **Hildegarde Peplau** (1952). Américaine qui créa un modèle de soin interactionniste, visant à promouvoir la relation interpersonnelle entre le malade et l'infirmier.
- **Dorothea E. Orem** (1959). Américaine pour qui le malade doit être accompagné pour réaliser au mieux des « auto-soins ». Cette théoricienne met en avant la place des relations humaines dans le soin.
- **Faye Glenn Abdellah** (1960). Américaine qui centre son modèle sur les besoins de la personne soignée et les compétences de l'infirmier.
- **Martha Rogers** (1970). Américaine, qui propose une théorie de l'interaction et imagine le soin infirmier comme permettant à l'individu d'être unifié, en interaction avec son environnement.
- **Nancy Roper** (1976). Le modèle de cette théoricienne anglaise (Roper-Logan-Tierney) est le plus utilisé au Royaume Uni. Il est basé sur le modèle de Virginia Henderson et structuré à partir des activités de la vie quotidienne du malade.
- **Imogene King** (1891). Américaine dont la théorie systémique est centrée autour de l'atteinte des objectifs en santé.
- **Callista Roy** (1999). Américaine qui imagine le soin comme contribuant à l'adaptation de l'individu durant les périodes de santé ou de maladie.

Nous développerons plus particulièrement le modèle le plus connu par les professionnels en Europe, celui de Virginia Henderson (1961). Bien que ce modèle ait plus de soixante ans, il reste l'une des références pour les soignants.

Aujourd'hui, le modèle de soins selon Virginia Henderson, quelquefois associé à la théorie d'Abraham Maslow, reste celui le plus souvent enseigné en formation infirmière. Les « besoins du malade » sont questionnés à partir d'une grille d'analyse, orientée pour une prise en charge fonctionnaliste. Pour Virginia Henderson, l'utilisation d'un modèle de soin est indispensable pour tout professionnel qui souhaite s'engager dans un réel processus de reconnaissance de l'individu soigné. Jacques Pellissier suggère que la pratique soignante soit construite à partir « *d'une réflexion sur le prendre-soin, sur l'être humain dont on*

prend soin, sur l'environnement dans lequel il vit, sur les questions de santé qui l'amènent à être en relation avec un soignant »⁶². Toutefois, si la relation semble un point essentiel du soin, la théorie d'Henderson n'en parle pas. Le soignant doit s'oublier au profit du patient pris en charge pour privilégier les besoins, l'indépendance ou l'autonomie du malade. Virginia Henderson restera attachée tout au long de sa vie à cette notion de service auprès des malades et à l'importance de placer le patient en avant, fut-ce au détriment de la place du soignant.

Si la relation dans le soin est centrale dans les modèles comme celui de Martha Rogers, ce n'est pas le cas pour la théorie Henderson-Maslow. Certes, le soin n'est pas dénué de toute notion d'interrelation avec le malade, mais Virginia Henderson veillera plutôt à recentrer autour du malade le but des soins : *« dans la littérature, on a mis en avant ceux qui donnent les soins et non ceux qui les reçoivent. Il est temps de renverser cette tendance. [.../...] Il me semble important que les concepts de soins soient établis par des personnes qui savent comment les mettre en pratique et si possible, comment évaluer leurs effets.⁶³ »*

Virginia Henderson créera son modèle à partir de l'observation de la société d'après-guerre des années 50, cette période qu'Yvonne Knibiehler identifie comme le point de départ de nouvelles perspectives et de nouveaux positionnements interdisciplinaires⁶⁴. La théorie de Virginia Henderson est un modèle conceptuel qui a souvent été résumé et même caricaturé de manière simpliste, dans une suite ordonnée de quatorze besoins et de quatorze fonctions :

- respirer
- boire et manger

⁶² PELLISSIER, Jacques. Réflexions sur les philosophies de soins. *Gérontologie et société*, septembre 2006, n°118, p. 38.

⁶³ SMITH, James P. *Virginia Henderson, une biographie*. Paris : InterEditions, 1995, p. 102.

⁶⁴ Nous aborderons l'évolution des pratiques et les différentes périodes proposées par Yvonne Knibiehler dans la partie I, sous-chapitre 1.2.5. « Mutation pasteurienne et évolution des pratiques ».

- éliminer
- se mouvoir, conserver une bonne posture et maintenir une circulation sanguine adéquate
- dormir, se reposer
- se vêtir et se dévêtir
- maintenir la température du corps dans les limites normales
- être propre, soigné et protéger ses téguments
- éviter les dangers (maintenir son intégrité physique et mentale)
- communiquer avec ses semblables
- agir selon ses croyances et ses valeurs
- s'occuper en vue de se réaliser (et conserver l'estime de soi)
- se récréer (se divertir)
- apprendre.

Ce modèle, construit autour des besoins, a fait naître de nombreuses critiques et en particulier celle de ne pas en compte l'Homme soigné de manière holistique. Virginia Henderson refusera cette remarque : « *Je suis parmi les rares personnes qui prennent suffisamment en compte les malades pour souligner qu'il faut connaître leur religion, car celle-ci est la source de leurs valeurs, et que, pour être une bonne infirmière, il faut prendre en compte tous les aspects de la vie du malade.* »⁶⁵.

C'est pourquoi Virginia Henderson choisira une autre voie que celle de la *démarche de soins*, qui est une méthode d'analyse et de résolution de problèmes utilisée par les infirmiers. Elle pensait que ce principe d'analyse, qui est encore aujourd'hui l'un des éléments centraux de la formation infirmière, n'était pas spécifique aux soins infirmiers. Le modèle conceptuel de Virginia Henderson n'est pas une technique de résolution de problèmes mais un modèle de soins qui va au-delà d'un simple recueil de données à partir d'une grille préétablie : « *Dans la plupart de mes articles, je n'ai jamais considéré les soins infirmiers comme une*

⁶⁵ SMITH, James P. *Op. cit.*, p. 103.

*série de problèmes à résoudre. Cela donne une fausse idée de notre travail, et n'explique pas comment il faut l'aborder »*⁶⁶. Cependant, le *projet de soins infirmiers* et la *démarche de soins* en particulier, s'appuie dans sa première étape, sur une analyse des besoins selon le modèle de Virginia Henderson.

Dans le schéma ci-après⁶⁷, le *projet de soin* identifie le « *recueil de données selon le modèle Henderson* » comme permettant d'établir l'anamnèse du problème traité par l'infirmier. L'utilisation des modèles conceptuels au cours de la formation infirmière est la base de l'enseignement de la plupart des IFSI. Ces modèles permettent d'appréhender une pratique dans sa complexité du quotidien. Les formateurs, dans une démarche de professionnalisation, cherchent à passer « *des conceptions individuelles aux conceptualisations d'une discipline* »⁶⁸

⁶⁶ SMITH, James P. *Op. cit.*, p. 110.

⁶⁷ Cette figure est extraite du « Schéma pédagogique pour l'apprentissage des compétences », proposée comme support d'apprentissage de la démarche clinique à l'IFSI du CHRU de Dijon (mai 2013).

⁶⁸ DEBOUT, Christophe. Théories de soins infirmiers, petit guide à l'usage des utilisateurs. *Soins*, 2008, n°724, p. 32.

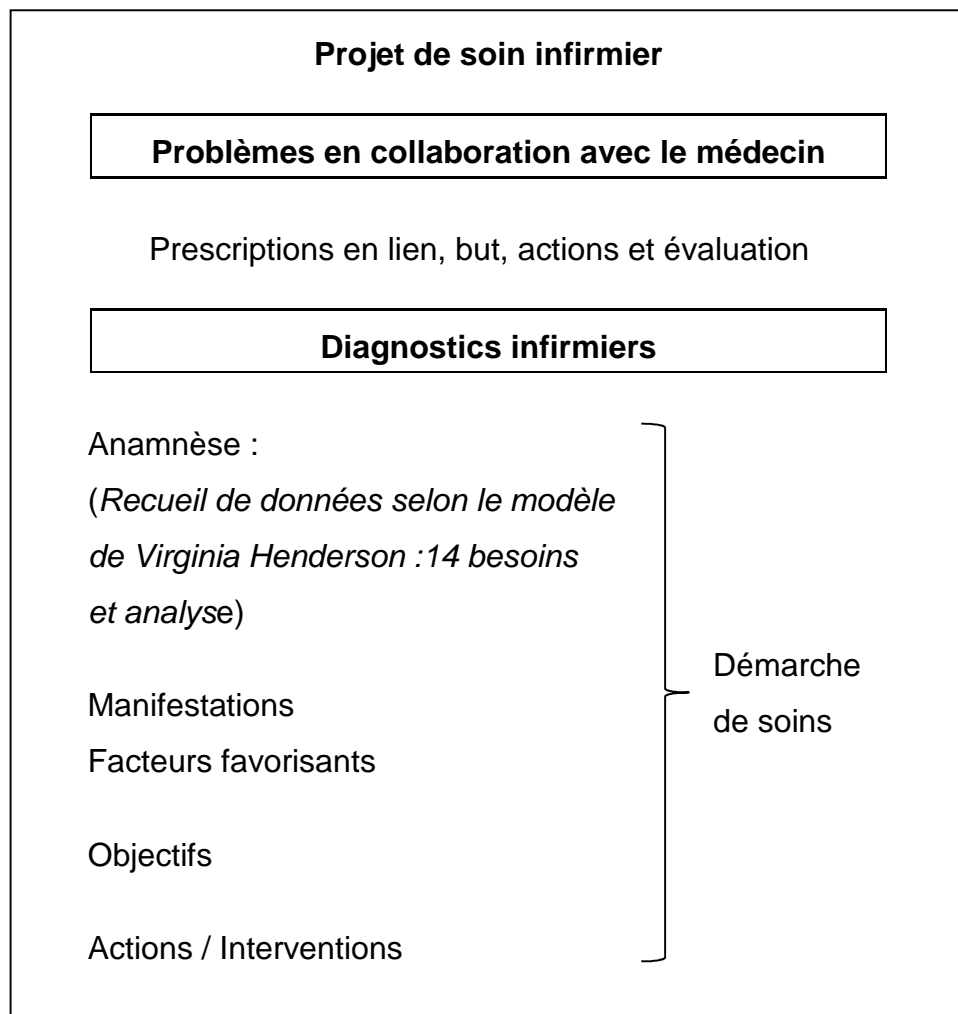


FIGURE 1 : PROJET DE SOIN INFIRMIER

Cependant, pour établir notre problématique, il n'est pas nécessaire de valider un modèle ou une théorie en particulier. Il s'agit de questionner la place de la relation soignant-soigné dans la pratique soignante et d'identifier en quoi celle-ci se trouve nourrie d'une interrelation dynamique dans le soin. Le territoire du soin que nous avons choisi d'appréhender pour ce travail de recherche en SIC, s'inscrit donc dans deux perspectives d'une culture du soin : celle de la relation propre au champ communicationnel et en même temps celle du rapport de l'Homme à sa dimension corporelle. Dans le modèle conceptuel de Virginia Henderson, le rapport au corps dans ce champ de la communication n'est pas

mentionné. La problématique du présent travail de recherche s'articule entre ces deux paradigmes qui permettent de questionner le corps et la relation, tout à la fois inter-agissants et co-existants dans le soin. En choisissant ces deux approches, le soin est appréhendé dans sa complexité, à la fois terrain et objet d'étude, culture et performance, identité et organisation.

1.2. Permanences et mutations de la pratique du soin

S'il est une évidence à formuler, c'est que le soin implique une pratique. C'est en tout cas le parti pris de ce travail qui, s'inscrivant dans une réalité sociale vécue, cherche à comprendre en quoi le soin est participant d'un certain type d'ordre interactionnel⁶⁹. Notre problématique questionne donc ce que le soin donne à voir de significations qui lui sont propres, mais également qui révèlent ce qu'au cours de son histoire, le soin véhicule en termes de signes et de sens.

L'histoire n'est pas un domaine figé et défini une fois pour toute mais bien une science humaine qui tente de faire le récit de ce que « l'Homme » a vécu. Les SIC s'intéressent en particulier à cette dimension historique parce qu'elle est constitutive, entre autres, de la culture et de l'identité individuelle et collective. L'histoire n'est pas non plus une sorte de rocher d'Horeb qui permettrait de déverser un sens universel de ce qui se déroule dans le monde social contemporain.

Il s'agit de garder intacte la question posée par Paul Rasse qui permet de comprendre les changements opérés, d'identifier les modifications de comportements ou encore, en paraphrasant Paul Watzlawick, d'entrevoir « les

⁶⁹ Dans le principe Goffmanien rappelé par Yves Winkin, selon lequel « *l'ordre interactionnel est aussi une des modalités de l'ordre social* ». In : WINKIN, Yves. *Anthropologie de la communication. De la théorie au terrain*. Paris : De Boeck Université, 2001, p. 154.

permanences et les changements »⁷⁰ des espaces communicationnels :
 « *L'histoire ne se répète pas on le sait ; pour autant, l'analogie avec une époque, peut-elle permettre de forger un modèle historique susceptible de nous aider à comprendre le monde contemporain ?* »⁷¹

A l'instar de Paul Watzlawick qui pose en filigrane de ses ouvrages la question de la réalité vécue, nous pourrions questionner le sens d'une histoire des pratiques soignantes, dans ce qu'elle a été réellement constitutive de l'identité contemporaine du soignant lors de l'activité de soin. Nous nous limiterons toutefois à décrire le rapport entre pratiques et dimension du sacré et en particulier à celle, essentielle, de la charité. En effet, il nous semble que cet aspect de l'histoire du soin permet une compréhension de signes encore présents dans l'activité contemporaine

Notre travail abordera les racines chrétiennes du soin par le biais de la dimension sacrée de l'activité soignante. Nous pourrions suivre la piste que nous propose Marc Fumaroli qui développe l'idée d'un ancrage chrétien des valeurs forgeant l'identité nationale. Cet auteur nous interroge à ce titre : « *comment s'aventurer vers l'avenir en renouant avec un passé plus ou moins lointain englouti par des événements historiques récents ?* »⁷² Il nous semble que la mutation scientifique de l'activité de soin est justement un de ces événements qui bouleverse le rapport du soignant à son passé. L'approche de Fumaroli pourrait d'ailleurs, sans vouloir brûler les étapes du présent travail, donner suite à notre recherche dans la mesure où ce lien entre histoire et pratique laïque du soin nous permettrait d'ouvrir un champ de compréhension de l'engagement soignant.

⁷⁰ Nous faisons ici référence à trois ouvrages de Paul Watzlawick : « *Changements* » écrit en collaboration avec John Weakland et Richard Fisch, « *L'art du changement* », écrit avec Giorgio Nardone et « *Le langage du changement* » (références en bibliographie).

⁷¹ RASSE, Paul. *L'histoire pour analyser le monde contemporain*. In : *Histoire et Actualité*. Paris : Edition l'Harmattan, 1999, p. 67.

⁷² Marc Fumaroli a posé cette question lors d'une conférence à Shanghai en 2010 qui s'intitulait : « *Patrimoine et identité nationale* ».

1.2.1. Le soin et le sacré : des chemins parallèles

Le soin et le sacré. Voilà bien deux termes que tout oppose ou, en tout cas, que notre société contemporaine tente d'opposer. Cela est particulièrement frappant lorsque l'on évoque cette « dimension du sacré » face aux professionnels de la santé ; la virulence des propos, les sous-entendus ou parti pris s'expriment très vite. On peut sans doute y voir l'émergence d'un mécanisme de défense traditionnel à l'œuvre chez les soignants, toujours à fleur de peau lorsque l'on évoque de près ou de loin la spiritualité, la religion, le surnaturel et le sacré. Il n'est pourtant pas si loin le temps où le curé du village cultivait son propre jardin potager garni certes de légumes, mais également de plantes médicinales diverses et variées. Cette promiscuité entre le soin des âmes et le soin des corps faisait partie du paysage traditionnel que l'on trouve encore dans nombre de sociétés contemporaines africaines ou asiatiques⁷³. Le rebouteux soignait également les esprits en soignant les corps. Aujourd'hui, l'enracinement religieux de la pratique infirmière dans une pensée morale judéo-chrétienne n'est plus. La laïcisation des politiques publiques, des pensées collectives, des médias influents, va jusqu'à nier les racines historiques des pratiques sociales du soin.

Toute l'histoire de la relation soignante au travers de ceux qui y ont participé, célèbres ou anonymes, religieux et laïcs, retrace la quête d'un engagement humaniste explicité aujourd'hui dans les textes législatifs. Cette histoire est présente au quotidien bien que souvent invisible. L'histoire n'est pas neutre (Lamizet, 1999), elle pénètre l'ensemble des histoires collectives et particulières. Elle est une clef de lecture à l'aune des temporalités sociales et individuelles (Lamizet, 1999).

⁷³ Nous évoquerons dans la partie III, chapitre 4.2., un modèle de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en Thaïlande. Dans cette expérience institutionnelle de soin auprès des personnes âgées dépendantes, la dimension spirituelle et religieuse est très présente dans les soins.

Nous ne souhaitons pas recentrer le travail soignant dans tel ou tel dogme religieux ou l'éclairer à la lumière d'une théologie particulière. Aujourd'hui, le sens du soin se décrit par le prisme de l'opérationnalité et de l'efficience. Toutefois, savoir d'où l'on vient c'est savoir qui on est et, comme a pu le noter Edward T. Hall, « *l'homme ne peut échapper à l'emprise de sa propre culture* »⁷⁴. Chercher à décrypter l'histoire professionnelle du soin peut permettre de comprendre les racines de sa pratique ou, plus simplement, de rendre lisible un message perdu depuis les origines de ce métier.

Il est communément admis que le métier d'infirmier vient d'une pratique exercée par les religieuses chrétiennes. Mais il ne s'agit pas, comme le signale Michel Nadot, de faire de l'infirmière contemporaine une tenancière des traditions religieuses (Dallaire, et al., 2008). Cette fraternité religion-soin est toutefois véhiculée par les médias de toutes formes, transmise au sein de la société française à partir de représentations souvent caricaturales. De nombreux livres portent sur la genèse du métier d'infirmier en énumérant chronologiquement les communautés religieuses hospitalières qui ont, petit à petit, traversé l'histoire de l'hospice et de l'hôpital. L'image d'Épinal représentant une femme « en cornette », penchée sur un jeune soldat revenant blessé du combat réduit le message qui est transmis sur le métier du soignant dont l'engagement est plus complexe que ce qui est énoncé. La représentation médiatique de l'infirmière répond à des normes sociales que les médias utilisent pour que leur message soit compris et atteigne son but.⁷⁵

Sans empiéter sur les domaines de la théologie, de la sociologie, de la philosophie ou de toute autre science humaine qui s'intéresserait au fait religieux et à la sacralité des engagements, les sciences de l'information et de la communication permettent d'étudier ce que figurent les croyances, les valeurs,

⁷⁴ HALL, Edward T. *La dimension cachée*. Paris : Éditions du Seuil, 1971, p. 231.

⁷⁵ Dans la partie III, chapitre 2, nous traiterons du façonnement de la norme d'une identité soignante par l'image médiatique.

les lieux, les idées en tant que processus et formes de signification individuelle et collective. Au détour des gestes, des comportements, des rituels et des paroles, la communication cherche à comprendre les formes que prennent les idées des acteurs et à percevoir le sens qui en découle. La question du « pourquoi » ne se pose pas, car elle reste du domaine de la théologie et de la philosophie. Porter un regard exhaustif sur les caractéristiques de l'engagement des religieuses dans leurs communautés respectives représente une tâche trop vaste et trop éloignée de notre projet de recherche. C'est pourquoi cette évocation du sacré au cœur de la relation soignante prendra appui ici sur les textes religieux qui fondent l'engagement de la foi chrétienne, à propos de cette problématique de la relation au malade.

1.2.2. Le soin ou l'histoire d'un engagement

Quels sont les éléments significatifs de l'engagement qu'ont pris ces religieuses chrétiennes pour créer un espace de relation au service des malades ? C'est bien cette question qui permet de comprendre comment le métier de soignant s'est structuré, institutionnalisé à partir de pratiques souvent erratiques. Les soignants appartiennent à une corporation et portent une histoire, histoire des hommes et des femmes mais également histoire, mise en récit, de leurs pratiques. Encore aujourd'hui, de nombreux soignants ont côtoyé ou travaillent avec des religieuses soignantes. Des cliniques, des services, portent encore le nom de « saints patrons ». Un ordre rassemble l'ensemble des soignants pour un *vivre-ensemble*, terreau d'un groupe social d'appartenance et d'une culture commune. Le *vivre-ensemble* peut ainsi se penser comme un vivre avec son présent et avec son passé.

Les pratiques soignantes peuvent être repérées dans une histoire très ancienne, de l'antiquité à l'approche soignante des hôpitaux romains ou, sur un autre continent, les soins apportés dans les monastères bouddhistes 500 ans avant notre ère. Ces différentes approches du soin sont enracinées dans leur propre histoire et leur propre langage culturel. Ces « pratiques » soignantes peuvent

fournir des éléments d'éclairage aux pratiques d'aujourd'hui et en particulier en ce qui concerne l'objet central de la relation de soin : le corps.⁷⁶

Dès la Rome antique, certaines parties du corps se voyaient attribuer un caractère sacré, comme en particulier, tel cet os offert en sacrifice : le *sacrum*. Comme le signale Odon Vallet dans sa « petite grammaire de l'érotisme divin », la région sacrée du corps fait osciller la pensée entre sexualité et purification, entre « *le honteux et le sacré* »⁷⁷. C'est le cas lorsqu'au moment des soins d'hygiène et de confort du matin, les soignants parlent de « petite toilette », instant précis où la pudeur vient donner sens à l'intrusion dans l'intimité de l'Autre pour un contact qui se réserve naturellement au couple dans l'union de la relation sexuelle.

Dès l'apparition du mot infirmier, l'articulation entre le soin et le sacré se révèle. Le mot infirmier vient du latin « *infirmus* » qui veut dire « faible ». C'est aux environs du XVII^e siècle que l'on voit apparaître les premières définitions. En effet, Gilles Ménage, grammairien et lexicographe, propose en 1675 d'utiliser le mot *infirm*, *infirmier* :

« Nos Anciens disoient *enferme*, pour *infirm* ; et *enfermeté*, pour *infirm*ité [.../...]. Ils disoient de mesme *Enfermier*, pour *Infirmier* [.../...]. Il y a long-temps qu'*enferme* et *enfermeté* ne sont plus en usage. Mais dans la pluspart des Provinces on dit encore *L'Enfermier*. On dit à Paris *L'Infirmier* : et c'est comme je voudrois parler ; sans blâmer néanmoins ceux qui disent *L'enfermier*. Ce mot aureste a esté fait du Latin-barbare *Infirmarius* [.../...]. (1675 : 510) »

⁷⁶ Cette orientation historique d'un rapport du corps au soin offre une nouvelle perspective à notre recherche. Nous ne pourrions le traiter pour ce présent travail de mémoire car nous souhaitons questionner plus particulièrement la pratique contemporaine du soin.

⁷⁷ VALLET, Odon. *Petite grammaire de l'érotisme divin*. Paris : Editions Albin Michel, 2005, p. 14.

Dans sa première édition du dictionnaire, l'Académie française (1694) propose une définition où le lien entre religion et infirmier est explicite :

« Infirmier, [infirm]iere. s. Celuy ou celle qui a soin des malades dans une maison religieuse. *S'adresser à l'infirmier. C'est l'infirmiere qui a ce soin-là. L'Infirmier*, dans certaines Abbayes d'hommes, est Le Religieux qui est revestu du titre d'un benefice claustral, dont le revenu est destiné aux besoins des Religieux malades. *Mr. l'Infirmier.* »⁷⁸

S'il n'est pas religieux, l'infirmier est tout du moins praticien dans un établissement confessionnel et, au XVIIe siècle, ces « maisons religieuses » étaient chrétiennes. Cette précision est un « allant de soi », car on ne peut guère imaginer, à cette époque, une autre orientation spirituelle.

A la Renaissance, les fous, les malades, les mendiants, sont pris en charge dans les premiers établissements hospitaliers : « *L'acte de soigner est bénévole, la femme qui aide ne peut être rémunérée en argent ; les soins sont inscrits dans un système d'échanges : le remerciement se fait en nature, l'infirmière est prise en charge par la structure qui l'emploie car le soin n'a pas de valeur économique, il a une valeur culturelle* »⁷⁹. Déjà se dessinent les contours de la relation au soin, de l'interrelation soignant-soigné, d'un lien syncrétique et sacré entre inculturation et don spirituel. Comme le constate Geneviève Charles⁸⁰, la profession d'infirmière prend racine aux sources même de la foi chrétienne : « *L'apport du monde antique à la connaissance du personnel soignant demeure*

⁷⁸ BIEDERMANN-PASQUES, Liselotte. *Colloque international tenu à l'occasion du tricentenaire du Dictionnaire étymologique ou Origines de la langue française (1694) « Les caractéristiques de la modernité du système graphique de Ménage (1675) »*. Université Jean Moulin Lyon III, 17-19 mars 1994.

⁷⁹ CALBERA, Jean-Bernard. La profession infirmière. *VST - Vie sociale et traitements*, mars 2003, n°79, p. 55.

⁸⁰ Geneviève CHARLES est une infirmière lyonnaise titulaire d'un doctorat de troisième cycle en sciences de l'éducation : « *l'infirmière ...demain. Contribution à une réflexion sur les finalités de la profession* ». Elle est formatrice en institut de formation des cadres de santé de la région Rhône-Alpes.

très sommaire. A l'avènement du christianisme, au contraire, les soins aux malades, en dépit d'une stagnation et parfois même d'une régression de la médecine, allaient devenir l'une des tâches importantes du monde chrétien »⁸¹.

Nous pouvons, à ce stade de notre mémoire, percevoir toute la richesse d'un travail sur le soin et sur ceux qui le pratiquent. En effet, il est nécessaire de traiter en parallèle les acteurs et l'objet de leur activité pour tenter de comprendre les formes de significations qui se dégagent et les enjeux communicationnels qui s'y rattachent. Si, comme nous avons pu le décrire, le soin est chose *naturelle*, son organisation répond à d'autres contraintes. A chaque tentative de cadrage conceptuel, nous nous heurtons à de nouvelles voies de compréhension et d'analyse, c'est sans doute que le soin nécessite une certaine liberté ontologique. Il reste toutefois à investiguer le sens de l'engagement des soignants dans ce qu'il révèle d'un projet de vie individuel et collectif : « *les définitions admises officiellement portent sur ce que nous voulons avoir pour vivre, mais non pas sur le problème du comment nous aimerions vivre si, compte tenu des potentiels que l'on peut atteindre, nous arrivions à savoir comment nous pourrions vivre.* »⁸² (Habermas, 1973).

⁸¹ CHARLES, Geneviève. *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*. Paris : Editions du Centurion, 1979, p. 20.

⁸² HABERMAS, Jürgen. *La technique et la science comme « idéologie »*. Paris : Gallimard, 1990, p. 33.

1.2.3. Le soin au service de la vertu : une vision sensible de la relation

C'est la charité, sans nul doute une pierre angulaire de la pensée chrétienne, qui mobilise l'action des premiers infirmiers. Pour le chrétien, la charité prend une dimension sacrée dans cette relation qu'elle permet entre lui et le monde, elle en est le signe concret, incarné. La charité ne peut se réaliser sans évocation de « l'amour de Dieu en Jésus ». Cette « incarnation » d'un amour divin, vient signifier la valeur au centre du message évangélique : « *Aimez-vous les uns les autres, comme je vous ai aimés* » (Jn 15,9-12)⁸³.

Cette vision sensible de la relation, attachée à une réalité de nature humaine, rend signifiante la symbolique de la « révélation trinitaire » construction d'un espace sacré où le Père aime le Fils, le Fils aime les Hommes. L'amour a donc une dimension rédemptrice parce que faisant « *référence à l'amour par lequel Dieu aime [l'Homme] en Jésus, grâce au don de l'Esprit* »⁸⁴. La rédemption permet le retour à la vertu, la charité est « charismatisée » par un engagement envers l'Autre : *le prochain*. L'un des textes chantés de la liturgie professe que « *tout homme est une histoire sacrée, l'homme est à l'image de Dieu* ».

Toutefois, pour les Chrétiens, la vertu caritative est moins une obligation dogmatisée qu'un engagement personnel. Chez les catholiques romains en particulier, la vertu permet une liberté de jugement pour des choix individuels, toujours singuliers. Le soin permet donc la rédemption. Sa pratique est une vertu si elle est le signe d'un *amour*. Carlo Maria Martini décrit les trois formes de l'amour que peut prendre concrètement la charité : l'amour de Dieu pour l'homme, l'amour des hommes pour Dieu et l'amour des hommes pour les hommes. Il précise toutefois que ces trois éléments ne peuvent être arbitrairement séparés les uns des autres : ils « *constituent de fait écrit une seule*

⁸³ St JEAN. *Evangile*. In : *La Bible de Jérusalem*. Paris : Desclée De Brouwer, 1975, p. 1876.

⁸⁴ MARTINI, Carlo Maria. *Les vertus*. Saint-Maurice : Editions St-Augustin, 2002, p. 81.

et ferme réalité ; et c'est cette unité indéchirable qui caractérise l'amour, au sens chrétien du terme. »⁸⁵.

La charité est une vertu théologale comme la foi et l'espérance. Cette qualification qui pourrait être traduite par vertu *divine* prend donc une connotation singulière. Pour les chrétiens la foi, l'espérance et la charité sont les caractéristiques propres à leur communauté de pensée. Elles sont théologiques parce qu'issues d'une *révélation* surnaturelle. Elles n'apparaissent dans le champ des possibles que parce que c'est Dieu lui-même qui les a incarnées : Carlo Maria Martini précise qu'« *elles ont Dieu pour objet et en même temps elles proviennent de sa bienveillance ; elles sont la vie divine en nous, la réponse que l'Esprit Saint nous donne d'accorder à la Parole de Dieu* »⁸⁶.

Cette conception d'un engagement personnel qui permet la rédemption va guider, comme nous le verrons ci-après, les religieuses soignantes. Bien qu'aujourd'hui la pratique soignante ne fasse pas référence à cette révélation divine ou à la nécessité d'appliquer une vertu comme chemin de son propre salut, certaines notions restent encore présentes dans le discours des soignants. En effet, à l'occasion des entretiens d'admission en IFSI, malgré des propos formatés au modèle du *socialement correct*, les étudiants expriment ce souhait de s'engager dans un métier au service de l'Autre (certains disent *prochain*), à partir d'une envie apparue depuis l'enfance (certains disent *vocation*).

⁸⁵ MARTINI, Carlo Maria. *Op. Cit.*, p. 82.

⁸⁶ *Ibid.*, p. 57.

1.2.4. Institutionnalisation du soin et communautés religieuses

C'est donc la charité qui mobilise les premières communautés religieuses engagées auprès des malades. Le « prochain » est médiation d'un amour divin. Le premier commandement est « d'aimer Dieu » : « *Ecoute, Israël, le Seigneur notre Dieu est l'unique et tu aimeras le Seigneur ton Dieu de tout ton cœur, de toute ton âme, de toute ta pensée et de toute ta force* » (Mc 12,29-30). La promesse religieuse ne souffre ici d'aucune ambiguïté, l'engagement doit être total. Toutefois ce que St Mathieu rapporte des propos de Jésus se complète d'un second commandement, cette fois dans une sphère humaine : « *voici le second : tu aimeras ton prochain comme toi-même* » (Mc 12,31).

C'est toute l'organisation des premières communautés chrétiennes qui est bouleversée par cette injonction d'attention à l'Autre. Les premières diaconesses sont consacrées, instituées pour « nourrir ceux qui ont faim... ». Jean Guillermand rapporte ce qui pourrait être considéré comme « *la première formule connue de consécration d'un personnel soignant religieux féminin* »⁸⁷ au IV^{ème} siècle. L'Autre est un territoire sacré où vient s'exercer la charité rédemptrice :

« O Dieu éternel, père de Notre Seigneur Jésus Christ, créateur de l'homme et de la femme, vous qui avez rempli de votre esprit Marie, Debora, Anne et Holda, vous qui n'avez pas jugé indigne de faire naître d'une femme votre fils unique, vous qui avez dans la tente de l'alliance et dans le temple établi des gardiennes à vos saintes portes, jetez maintenant votre regard sur votre servante, désignée pour la diaconie, accordez-lui le Saint-Esprit et préservez-la de toute souillure de la chair et de l'esprit, afin qu'elle accomplisse dignement la tâche qui lui sera confiée pour votre gloire et à la louange de Christ votre (fils), avec lequel gloire

⁸⁷ GUILLERMAND, Jean. *Histoire des infirmières*. Paris : Éditions France Sélection, 1988, vol. 1, p. 37.

*et adoration soient à vous et au Saint-Esprit pour l'Eternité,
Amen. »*

Toutes les communautés soignantes reprendront peu ou prou cette formule, « *mais l'esprit demeurera inchangé* »⁸⁸.

L'Edit de Milan en 313 va reconnaître l'Eglise. La Charité peut alors s'organiser et les premiers hôpitaux apparaissent. On doit ces premiers établissements à Saint Basile, après sa nomination comme évêque à Césarée en 370. Jean Chrysostome proposera à la même époque d'établir des établissements « charitables ».

Au moyen âge, les premières communautés apparaissent, tournées naturellement vers la fonction soignante. La règle instituait la nécessité d'être « priant », mais également de vivre la charité et l'amour envers les plus pauvres. St Augustin au V^e siècle sera le premier à spécifier la fonction soignante dans les communautés : « *Le soin des convalescentes après une maladie, ou de celles qui sans fièvre éprouvaient de la faiblesse, doit être confié à une sœur qui tirera soit de la cuisine, soit de l'office, tout ce qu'elle jugera nécessaire aux malades.* »⁸⁹

Au XI^e siècle, les épidémies de grande échelle et la découverte de la médecine orientale durant les croisades sont à l'origine de l'impulsion qui donnera à l'Eglise l'idée de créer les premiers ordres hospitaliers. En premier lieu « l'Ordre des Antonins » pour qui Saint Antoine sera l'objet d'invocations et de dévotion. Les soins y sont élémentaires et confiés en particulier aux femmes. Chez les « Hospitaliers de Saint-Jean de Jérusalem », le statut du malade y est central. La relation au malade a ainsi une dimension sacramentelle forte. Les malades, appelés « Seigneurs malades » sont prioritaires et bénéficient du repas avant même les « frères » hospitaliers. Gui de Montpellier, à la fin du XII^e siècle, rejoint

⁸⁸ GUILLERMAND, Jean. *Op. cit.*

⁸⁹ *Ibid.*, p. 45.

le pape Innocent III pour créer un hôpital avec « l'Ordre du Saint-Esprit ». Six ans après cette création, le duc de Bourgogne Eudes III réalise un hôpital à Dijon, qu'il confiera aux religieux du Saint-Esprit. « *Les sœurs avaient spécialement en charge les malades et les enfants, qu'elles devaient servir avec charité (eis charitative ministretur)* »⁹⁰. Les soins y étaient prodigués aux pauvres, aux malades, aux femmes enceintes et aux enfants abandonnés. Les activités étaient organisées par journée, « *les sœurs lavent la tête le mardi, les pieds le jeudi aux malades hospitalisés, et les linges sont lavés par elles lorsqu'il est prescrit.* »⁹¹.

Cette pratique n'est pas surprenante pour les équipes soignantes actuelles. En effet, encore aujourd'hui dans certains établissements de santé les équipes de soins tiennent compte des jours de la semaine pour réaliser la toilette de certaines parties du corps. D'autres pratiquent une douche ou une toilette partielle en fonction d'un planning hebdomadaire du service sans tenir compte des souhaits et des besoins de la personne. Nous avons observé cette pratique dans des Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) mais également dans des services de soins hospitaliers. Si l'organisation de ces services prime sur les besoins de la personne soignée comme il y a neuf siècles, les raisons invoquées n'en sont pas moins de l'ordre de règles édictées, de pratiques routinières, d'actes de soins réalisés par des personnels peu ou pas formés.

Dans cette chronologie historique de la pratique soignante, on voit les femmes s'installer dans la pratique soignante aux environs des XIIe et XIIIe siècles. Dans tout le royaume de France, apparaissent les Maisons des Pauvres qui accueillent les malades. Ces Maisons-Dieu, « *domus Dei* », traduit en français par « Hôtel-Dieu », traitent les malades « comme le Seigneur ». Les religieuses qui font œuvre de miséricorde, de compassion vers les plus pauvres, ont une activité d'assistance spirituelle importante pour les malades qui bien souvent prime sur

⁹⁰ GUILLERMAND, Jean. *Op. cit.*, p. 74.

⁹¹ *Ibid.*

le traitement de la maladie physique. Le « recrutement » de ces femmes est donc très axé sur la capacité d'accompagnement spirituel des personnes soignées.

Au XVI^e siècle avec la Réforme, la monétisation de la charité par des indulgences est l'un des éléments que Luther combattrait. C'est la contre-réforme qui verra se « *multiplier le nombre de congrégations et d'associations civiles à l'esprit religieux* »⁹². St Vincent de Paul crée « les Dames de la Charité » ainsi que « les Filles de la charité ». Au XVII^e, cette congrégation continue à se développer dans ce siècle « des lumières » où la médecine se structure. Les religieuses sont en premier lieu des femmes dont le dévouement pour l'Autre est mis en avant. Au début du XVIII^e siècle, au côté des « Filles de la charité », les « Filles de la Sagesse » œuvrent dans le grand ouest de la France à partir de leur maison mère à St Laurent sur Sèvre en Vendée. Par la suite elles parcourront le monde, entraînées par la pensée de leur fondateur Louis-Marie Grignon de Montfort. La dévotion de ce dernier à Marie, la mère de Jésus-Christ, lui donne l'idée de créer cette communauté sur un modèle marial d'humilité et de service auprès des pauvres (instruction et soins). Il écrit en 1703 une lettre qui témoigne de son engagement caritatif total : « *Je suis à l'hôpital général avec cinq mille pauvres pour les faire vivre à Dieu et pour mourir à moi-même.* »⁹³

Aujourd'hui encore, les soignants s'approprient certaines de ces valeurs issues des premières communautés de religieuses. C'est le cas de l'engagement et du service et, sans doute de manière moins affirmée, du dévouement et de l'humilité. En questionnant le soin dans notre problématique, nous devons tenir compte de

⁹² COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie*, Paris : Inter Éditions / Masson Éditions, 1982, p. 60.

⁹³ MAILLE, Michel. *L'expérience de Dieu avec Louis-Marie Grignon de Montfort*. Anjou (Québec) : Les éditions Fides, 2002, p. 19.

ces éléments qui s'enracinent dans des représentations collectives relativement récentes à l'échelle de l'histoire de l'humanité.

1.2.5. Mutation pasteurienne et évolution des pratiques

A la fin du XVIIIe siècle, la Révolution Française marque le début d'une rupture. Les ordres religieux sont supprimés, mais le prestige des sœurs hospitalières et des Filles de la charité en particulier pousse les révolutionnaires à les exclure de leur décret d'interdiction. Ils y voient également un intérêt au regard des conséquences possibles sur la santé publique qui pourrait souffrir d'une application trop stricte de leurs principes égalitaires.

Il faudra attendre le XIXe siècle pour que l'action des religieuses hospitalières soit de nouveau reconnue par l'Etat. Elles sont appréciées et leur activité auprès des malades est la pierre angulaire de la prise en charge intra et extra hospitalière.

Toute cette histoire riche d'avancées, de reculs, de questionnements et d'engagements, a construit au fil du temps les contours d'une activité soignante. Celle-ci est dès le début tournée vers le service de l'Autre, dans un engagement relationnel souvent total. C'est le XXe siècle qui verra celui de l'éclosion d'une structuration de la profession d'infirmier. Dans un siècle où apparaissent de nouvelles préoccupations, « *la médicalisation et le culte de la santé* »⁹⁴, la dimension sacrée du soin prend une autre dimension. Sur ce point, Yvonne Knibiehler discerne trois périodes différentes.

Lors de la première période, jusque dans les années 1920, la profession s'affranchit petit à petit de son obédience religieuse. C'est une entreprise qu'initie

⁹⁴ KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des infirmières en France au XXe siècle*. Paris : Hachette Littératures, 2008, p. 7.

le « monde médical », désireux pour asseoir son pouvoir social post-Pasteurien, de compter sur « *des auxiliaires dociles et dévouées* »⁹⁵, affranchies de la mainmise du clergé et de son orientation philanthropique. On voit poindre là une relation particulière qui se noue entre les médecins et les infirmières : en ce début de siècle, les médecins prennent la parole au nom d'un groupe professionnel qu'ils pensent incapable de s'exprimer par lui-même. Ils veulent libérer les soignants du joug religieux pour mieux les soumettre à celui de la science médicale. Yvonne Knibiehler va jusqu'à parler de « croisade » pasteurienne. Car en cette fin du XIXe siècle, Pasteur en tant que chimiste va « *révolutionner la médecine* »⁹⁶ et les infirmières lui emboîtent le pas. C'est un point de convergence très important car, durant cette période, Florence Nightingale est une pionnière de l'hygiène dans les soins, ce qui reste encore aujourd'hui au centre de l'activité infirmière : « *Florence Nightingale eut la certitude, mille fois vérifiée expérimentalement dans ses pratiques, que l'hygiène avait une place centrale dans la cure des maladies (elle n'est cependant en rien un précurseur de la théorie pasteurienne des germes, qu'elle comprend mal).* »⁹⁷. C'est un tournant majeur dans l'activité même du soignant qui est à souligner car il y a là un nouveau paradigme qui s'impose aux soignants : *la bonne pratique*.

C'est là un élément central dans l'étude de l'activité soignante. A l'époque de Florence Nightingale et de Louis Pasteur, la pratique devait changer pour des raisons non visibles à l'œil nu, comme une nouvelle sorte de monde invisible. Passer d'une pratique guidée par la vertu à une activité obligée par une découverte microscopique « *d'un saint laïc* »⁹⁸ était difficile à comprendre pour les soignants.

⁹⁵ KNIBIEHLER, Yvonne. *Op. cit.*, p. 51.

⁹⁶ RAICHVARG, Daniel. Il était une fois Louis Pasteur. Faut-il brûler le « sauveur de l'humanité ». *Libération sciences*, 16 mai 1995, [en ligne]. <http://www.liberation.fr/sciences/1995/05/16/daniel-raichvarg-il-etait-une-fois-louis-pasteur-faut-il-bruler-le-sauveur-de-l-humanite_133283> (consulté le 1/05/2014).

⁹⁷ DIEBOLT, Evelyne, FOUCHE, Nicole. *Devenir infirmière en France : une histoire atlantique, 1854-1938*. Paris : Editions Publibook, 2011, p. 38.

⁹⁸ RAICHVARG, Daniel. *Louis Pasteur, l'empire des microbes*. Paris : Découvertes Gallimard, 1995.

Florence Nightingale a eu de grandes difficultés à faire changer les pratiques car, ce qui aujourd'hui semble une évidence pour bon nombre de soignants, ne l'était alors pas : « *La nécessité des règles d'hygiène – propreté des lieux, des objets, des corps, du linge, des personnels où qu'ils soient – nous apparaît comme un truisme d'une grande banalité : cela ne l'était pas, bien au contraire* »⁹⁹. Ce que Louis Pasteur prouvera, Florence Nightingale l'avait compris de manière empirique en partant d'une volonté de prise en charge humaniste des malades, ce qui l'a conduite à accorder une place essentielle à l'hygiène du corps et en particulier lorsque les soldats revenaient blessés du front.

A la fin de cette période, l'événement principal qui marquera à jamais l'histoire de la profession infirmière, est en effet la première guerre mondiale. Aux côtés des combattants et au service des blessés, toutes ces femmes soignantes inscriront durablement l'image du dévouement et du service face à l'horreur d'une guerre totale. C'est sans doute ce paradoxe qui fera de cette guerre inhumaine, l'humus d'un processus d'organisation d'une profession qui affiche sa volonté d'une activité humaniste.

La deuxième période s'étend des années 1920 aux années 1960. La profession est à l'image de la société : après deux guerres, elle aspire à une stabilisation sur le plan politique et social, mais également sur un plan moral. Les soignants sont porteurs d'une valeur « *d'abnégation inculquée avec persévérance* »¹⁰⁰. Sorte de temps de latence sociale, cette période n'en demeure pas moins le creuset des changements futurs, lesquels ouvriront de nouvelles perspectives pour la profession.

⁹⁹ RAICHVARG, Daniel. *Op. cit.*, p. 37.

¹⁰⁰ KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des infirmières en France au XXe siècle*. Paris : Hachette Littératures, 2008, p. 9.

La troisième période, qui commence dans les années 60, est marquée par de nombreux changements qui touchent la sphère soignante : progrès technique, crise de Mai 68, grandes manifestations de 1988.

A ce sujet, nous avons recueilli le témoignage de Jacqueline qui termine fin 2014 sa carrière professionnelle. Formatrice, elle raconte avec passion « *ces années si importantes pour le métier* » au travers de la symbolique coiffure des infirmières : « *En 1972 je passais mon diplôme et j'avais la coiffe à la place du voile*¹⁰¹. *C'était déjà une évolution. De 72 à 80 et, à chaque promotion qui sortait, nous mettions la coiffe de moins en moins dans les soins, mais elle restait de mise pour la grand-messe du mandarin. C'est seulement dans les années 80 que plus personne ne la mettait* ». Cette transformation de la coiffure des infirmières est significative de l'apparition d'un comportement nouveau. En effet, les désirs de changement initiés dans les années 68, exprimés quelquefois violemment, font place à des attitudes plus progressives dans le contexte de la *postmodernité* (Lipovetsky, 2001) : « *La figure du sujet moderne, dressé contre l'oppression et en quête de ses droits, laisse place à celle de l'individu postmoderne qui aurait, de fait, la liberté de s'orienter dans un monde ouvert, affranchi des normes et des autorités arbitraires* »¹⁰². La revendication est sans doute moins visible pour le grand public mais la réelle transformation des comportements individuels et collectifs vers une « *individuation sociale* »¹⁰³ est tout de même très importante.

L'un de ces changements est la reconnaissance du rôle propre pour la profession infirmière en 1978 : Le législateur permet aux infirmiers d'exercer des missions de manière autonome. Le décret est ensuite régulièrement amendé pour

¹⁰¹ Nous évoquerons le *voile* et son histoire religieuse dans la partie I, sous-chapitre 1.4.1. : « Formation et changements sociétaux ».

¹⁰² FERNANDEZ, Benjamin. Le temps de l'individuation sociale. *Revue du MAUSS*, février 2011, n°38, p. 339.

¹⁰³ *Ibid.*

permettre d'adapter l'activité des infirmiers aux modifications des demandes de santé :

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »¹⁰⁴

Ce rôle propre est une reconnaissance des compétences de l'infirmier. De même qu'il applique les prescriptions médicales ou qu'il exerce son activité en présence d'un médecin, l'infirmier est chargé d'une part importante de la prise en charge du malade en matière de maintien des principales fonctions de la vie courante.

Les soignants assistent eux aussi jusqu'aux années 2000, à l'avènement de l'ère de la mondialisation et « *c'est bien la domination de l'économie de marché sur l'organisation sociale qui caractérise l'évolution mondiale* »¹⁰⁵, notamment au travers des diverses formes de dérèglementation économique. Cette évolution

¹⁰⁴ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004. Articles R 4311-1 à R 4311-5.

¹⁰⁵ COMELIAU, Christian. *Les impasses de la modernité : critique de la marchandisation du monde*. Paris : Éditions du Seuil, 2000, p. 60.

majeure de la société impactera directement les pratiques par le biais des politiques de gestion des décideurs publics.

Dans le même temps, c'est à partir du slogan « ni bonnes, ni nonnes, ni connes » que les infirmières revendiqueront sur les pavés des grandes villes le maintien de leur statut et une reconnaissance publique¹⁰⁶.

Cette évolution historique éclaire la pratique infirmière qui est à la fois profane et sacrée, activité et engagement. L'infirmier participe aux rites du maintien de la santé, dernier espace sacré que le citoyen ne souhaite pas voir sacrifier sur l'autel de la crise économique. Instituée en *vestale* citoyenne, l'infirmière est habilitée aux gestes techniques, autorisée par le législateur à réaliser certains actes, positionnée aux articulations d'un système de santé pluri-professionnel. Le soignant est devenu professionnel de soin, la surveillante s'est transformée en cadre de santé et l'élève infirmier a évolué pour devenir étudiant en sciences infirmières¹⁰⁷. Si aujourd'hui la consécration de l'infirmière n'est plus religieuse, elle l'est du point de vue médiatique. Qu'en est-il réellement des attentes du grand public sur la profession soignante ?

¹⁰⁶ C'est en 1988 que débute la plus longue grève des infirmières française (plus de sept mois). Elles s'opposent au changement des conditions d'entrée en formation (décret du ministère de la santé qui autorise tout chômeur de plus de cinq ans, sans qualification, à entrer de droit en formation.

KERGOAT, Danièle, IMBERT, Françoise, LE DOARE, Hélène, SENOTIER, Danièle. *Les infirmières et leur coordination*. Paris : Lamarre, 1992.

¹⁰⁷ Depuis 1992, les écoles d'infirmières sont devenues Instituts de Formation en Soins Infirmiers. Nous aborderons ce sujet dans la partie I, sous-chapitre 1.4.1. « Formation et changements sociétaux »

1.3. Politiques gouvernementales et évolution de l'offre de soin

Les soixante dernières années ont vu se multiplier les réformes, les plans gouvernementaux ou autres décisions concernant la politique de santé en France. Cette évolution des choix et des orientations successives a abouti à une loi, le 21 juillet 2009, appelée Hôpital Patients Santé Territoire (HPST). Cette loi est un changement important pour l'organisation des soins. En effet, la volonté du législateur est de restructurer durablement l'offre de soins et de faire contrôler par le représentant de l'Etat en région, la répartition des soins et leur qualité. Le contexte économique n'est pas étranger à la mise en place de cette loi et la volonté du législateur de préserver le système de Sécurité Sociale est bien entendu au centre des préoccupations des élus.

Pourquoi dès lors, traiter de ce sujet dans un travail qui s'attache à investiguer les questions communicationnelles relatives au soin ? Afin d'apporter des éléments de réponse à une telle question, il est nécessaire d'appréhender le contexte dans lequel se trouve l'acteur du soin. Ce contexte est le creuset de l'activité quotidienne, influencée, modélisée, structurée par les politiques et les décisions sur l'organisation de l'offre de soins. Et comme a pu le dire Giddens¹⁰⁸ lorsqu'il évoquait l'importance du contexte, travailler sur ce que l'acteur réalise au jour le jour doit se penser dans une reproduction des actes au sein d'une organisation globale.

Le contexte vient toutefois entrer en résonnance avec les représentations qu'en ont les acteurs eux-mêmes : « *toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite dans son système cognitif,*

¹⁰⁸ GIDDENS, Anthony. *The Constitution of Society : Outline of the Theory of Structuration*. Berkeley : University of California Press, 1984.

intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne »¹⁰⁹. La notion de représentation et, plus globalement, de rapport des acteurs du soin envers la réalité, sera donc au cœur de nos travaux afin de cerner leur perception d'une réalité vécue dans l'espace de la pratique.

1.3.1. Le vieillissement de la population au sein d'une société en mutation

S'il est un constat qui réunit l'ensemble des acteurs sociaux, économiques, politiques, c'est bien le constat du vieillissement de la population française. Cette tendance interroge sur les enjeux qui y sont liés et particulièrement en ce qui concerne l'implication des acteurs du soin à cette population.

Serge Guérin propose de regarder le vieillissement non plus comme un problème mais comme une chance pour la société toute entière. La prise en compte de la personne âgée pourrait permettre d'appréhender les nouveaux enjeux économiques et sociaux pour la société du point de vue de la personne plutôt que de celui de la performance¹¹⁰. Au-delà d'un simple discours de spécialité, le territoire organisé du soin à la personne âgée pourrait tout simplement donner à voir celui plus vaste et plus complexe du soin en général. Si la *structure démographique* de la société se transforme, les changements sont de plusieurs natures : « *d'une certaine façon on assiste à des mutations profondes des normes, des représentations et des valeurs qui se conjuguent pour faire bouger notre cadre de référence »¹¹¹.*

¹⁰⁹ ABRIC, Jean-Claude. *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF, 2011, p. 12.

¹¹⁰ Serge GUERIN est professeur en sciences de l'information et de la communication à l'ESG (Ecole Supérieure de Gestion) Management School. Il fait cette constatation à la cinquième rencontre parlementaire sur la dépendance dans une intervention intitulée : « *Le vieillissement, une chance pour évoluer vers une société plus douce du "care"* » (03/05/2011).

¹¹¹ GUERIN, Serge. Introduction au cahier. La société des seniors, jeunesse d'un défi. *Management et Avenir*, octobre 2009, n°30, p. 76.

Le schéma ci-après montre la modification de la répartition de la population en fonction de l'âge :

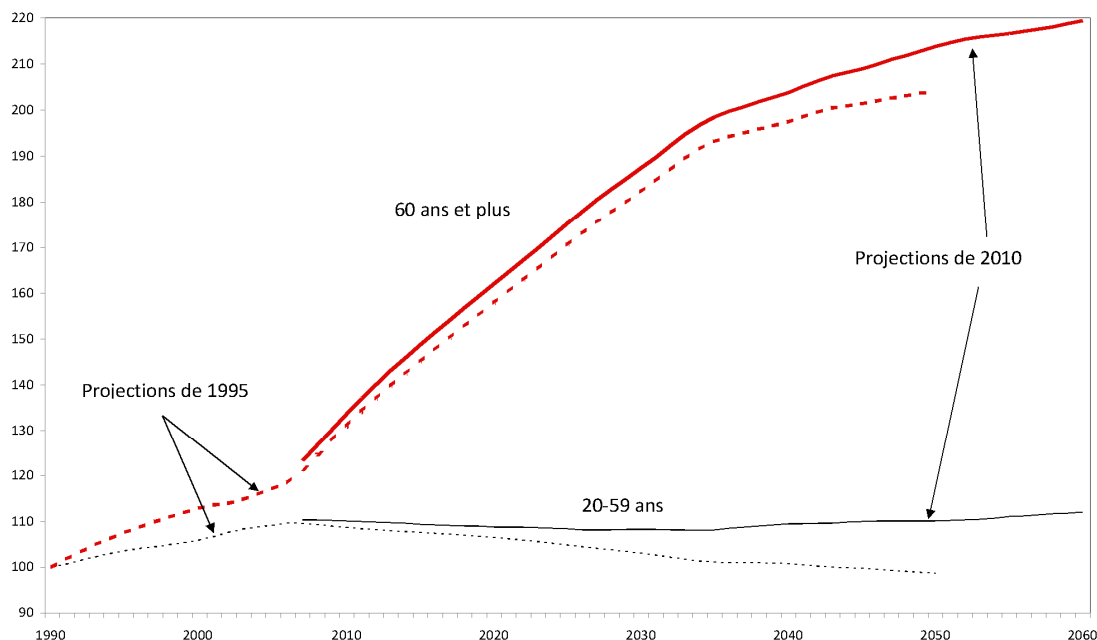


FIGURE 2 : « ÉVOLUTIONS RELATIVES DU NOMBRE DES 60 ANS ET PLUS ET DU NOMBRE DES 20-59 ANS, TELLES QUE PROJETÉES EN 1995 ET 2010, PAR RAPPORT AUX NIVEAUX OBSERVÉS EN 1990. SOURCE : DINH (1995), CHARDON ET BLANPAIN (2010) ET CALCUL DES AUTEURS. »

Depuis de nombreuses années, les démographes prédisent cette tendance de la société française. Les raisons sont maintenant bien connues et chaque année qui passe confirme les perspectives prévues. Deux facteurs qu'Alain Parant¹¹² qualifie « *d'heureuses* » sont en cause dans le vieillissement de la population : « *la maîtrise de la fécondité et l'allongement de la vie* »¹¹³.

Pour les chercheurs de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), le vieillissement de la population s'explique d'une part

¹¹² Alain Parant est démographe et chercheur de l'institut national d'études démographiques (INED, Paris).

¹¹³ PARANT, Alain. Les enjeux du vieillissement de la population. *Revue française d'administration publique*, janvier 2005, n°113, p. 83.

par la baisse de la population des 20-59 ans, que l'on nomme *par le bas*, et d'autre part par l'augmentation de la population des 60 ans et plus, appelée *par le haut*.¹¹⁴ Il est maintenant communément acquis que les deux facteurs prédominants en ce qui concerne le vieillissement de la population sont l'allongement de la durée de vie et l'arrivée à la retraite de la population du baby-boom. Cette arrivée massive d'une tranche d'âge au-delà de soixante ans est l'un des éléments qui provoque ce déséquilibre dans la répartition de la population. De plus, après le baby-boom, le taux de natalité n'est pas revenu au taux normal de remplacement mais a au contraire diminué. Cependant, si le phénomène du vieillissement reste prévisible, les chercheurs de l'INSEE pensent que « *mettre en avant le rôle moteur de l'espérance de vie rappelle que c'est bien à cette évolution tendancielle favorable qu'il s'agit de répondre.* »¹¹⁵

Pour compléter ce constat, il est nécessaire d'appréhender l'espérance de vie sur le plan de la santé. Sur ce point, une étude a été conduite sur l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) sur l'ensemble des pays de l'Union Européenne depuis 2005. Les chiffres publiés en 2012 montrent que l'EVSI est de 61,3 ans pour les hommes et 62 ans pour les femmes¹¹⁶. L'EVSI est calculée sur la base d'un recueil d'informations auprès des personnes « *sur leur difficultés ou non à réaliser des activités de la vie quotidienne (travailler, cuisiner, se laver, etc.)* »¹¹⁷. Il y a là, toute une perspective d'action relevant en particulier du rôle propre infirmier¹¹⁸. En effet, l'un des champs d'activité singulier de l'infirmier concerne

¹¹⁴ BLANCHET, Didier, LE GALLO, Françoise. Baby-boom et allongement de la durée de vie : quelles contributions au vieillissement ? *Insee Analyses*, septembre 2013, n°12.

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ Source des données : INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), EHLEIS. *EHEMU Country Reports Health Expectancy in France*. Avril 2012

¹¹⁷ INSERM. *Vieillir en bonne santé : de fortes disparités entre les pays européens* [en ligne]. Mis en ligne le 14 novembre 2008, <<http://www.inserm.fr/espace-journalistes/vieillir-en-bonne-sante-de-fortes-disparites-entre-les-pays-europeens>> (consulté le 24/09/2013).

¹¹⁸ Le rôle propre infirmier est développé dans la partie I, sous-chapitre 1.2.5. : « Mutation pasteurienne et évolution des pratiques ».

les soins de confort et de bien-être¹¹⁹ ce qui représente une part importante de l'intervention auprès de la personne âgée.

1.3.2. Une réforme : du charismatique au législatif

Comme évoquée précédemment, la charité a eu une place très importante dans l'approche des soins. La révolution a marqué un tournant majeur mais c'est sans doute le XXe siècle qui a été celui du passage du charismatique au législatif.

La loi du 4 octobre 1945 institue le financement des établissements de soins par la Sécurité Sociale. Lors des débats, la volonté est effectivement celle d'une prise en compte sociale du soin : « *la Sécurité Sociale [...] répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère* »¹²⁰. La personne soignée devient un élément central de la préoccupation des politiques en matière de soin.

Dans son travail sur l'histoire des réformes hospitalières, Jean-Marie Clément, professeur de droit hospitalier et médical, souligne qu'après la deuxième guerre mondiale et jusque dans les années 80 les dépenses hospitalières augmentent bien plus que le PIB. Cette période des Trente Glorieuses se caractérise par une augmentation des coûts dûe en particulier « *aux nombreuses découvertes*

¹¹⁹ L'une de nos analyses portera sur un soin de confort et de bien-être en partie II, chapitre 3 : « La toilette : un acte fondateur de la signification du soin ».

¹²⁰ Exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945, annexe n°507, demande d'avis sur un projet d'organisation de la Sécurité Sociale présenté au nom du gouvernement provisoire de la République Française par M. A. Parodi, ministre du travail et de la Sécurité Sociale, documents de l'Assemblée Consultative Provisoire, séance du 5 juillet 1945.

BOUMEDIENE, Malik. *La place de la loi et du contrat dans la garantie du droit à la protection sociale de 1945 à nos jours*. Paris : Editions Publibook Université, 2003, p. 169.

médicales et au programme d'humanisation des hôpitaux »¹²¹. En effet, les progrès de la médecine et de la technique provoquent un changement fondamental dans la relation entre le corps médical et les patients. Les découvertes scientifiques s'enchaînent et se démocratisent. La Sécurité Sociale permet un accès au soin généralisé, les progrès de la biologie entraînent une meilleure compréhension du corps humain, l'hygiène et la santé deviennent une priorité de santé publique... Dans un même élan, les hôpitaux se transforment et se restructurent pour personnaliser la prise en charge du patient.

Après les années 1980, le premier facteur de l'augmentation des coûts est « *le vieillissement de la population française* »¹²². C'est la génération du *baby-boom* (1947/1973) qui avance en âge en bonne santé et qui fait passer l'âge moyen des français à plus de 40 ans en 2009, marquant une augmentation de plus de 3 ans en 20 années.¹²³

Les réformes viennent donc tenter de résoudre une équation difficile : offrir la meilleure offre de soins à un coût acceptable pour la collectivité. Jean-Marie Clément dégage cependant les constances de l'Etat en matière de réforme de la santé :

- *la recherche de la qualité*
- *fonder le progrès médical sur le binôme hôpital-université*
- *segmenter l'offre de soins par spécialités-activités*
- *harmoniser l'offre de soins par territoire*
- *concentrer l'offre de soins pour économiser les moyens*
- *adapter la gouvernance à la complexité des concentrations hospitalières et hospitalo-universitaires*

¹²¹ CLEMENT, Jean-Marie. *La nouvelle loi Hôpital patients santé territoires. Analyse, critique et perspectives*. Bordeaux : Les Etudes Hospitalière Editions, 2009, p. 10.

¹²² *Ibid.*

¹²³ Projections de population à l'horizon 2060 - Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans, *Insee Première*, octobre 2010, n 1320.

- *rechercher la participation des usagers pour contrecarrer les pouvoirs corporatistes*
- *passer d'une administration de la demande à la gestion de l'offre*
- *s'émanciper des contraintes politiques locales*
- *adapter l'offre atomisée à un système rationnel.*¹²⁴

Si la personne soignée reste la préoccupation de ces réformes successives, l'aspect caritatif est exclu et les principaux objectifs tendent à réduire les coûts pour un service de qualité. Cependant, l'identité soignante et les logiques d'acteurs n'évoluent pas nécessairement au même rythme et vers les mêmes objectifs que les politiques de santé...

1.3.3. Vers une nouvelle définition de l'Hôpital, des Patients, de la Santé et des Territoires : la loi HPST du 22 juillet 2009

La loi HPST est l'un des éléments essentiels du contexte de la santé et du soin. Son appellation est à elle seule la figuration d'une association nouvelle, celle des professionnels avec les bénéficiaires du soin et celle d'une offre de santé sur des territoires identifiés. La création d'une Agence Régionale de Santé (ARS) donne un signal fort de la volonté de l'Etat : une meilleure organisation des soins pour une efficience accrue. On retrouve cette notion comme slogan, inscrit en page de couverture des documents explicatifs diffusés par le gouvernement sur la loi :

¹²⁴ Ces objectifs communs de l'ensemble des réformes en matière de santé pourraient faire l'objet de débats, d'avis contradictoires et d'une recherche à part entière. Nous évoquerons certains axes qui semblent opposés mais qui ne sont pas directement en lien avec le sujet de notre recherche. C'est le cas, par exemple, de l'harmonisation de l'offre de soin sur le territoire qui doit être mise en lien avec le souci d'une économie des moyens. Il en est de même pour la volonté de contrecarrer les pouvoirs corporatistes : quels peuvent-être les moyens à mettre en place pour réaliser cette proposition au sein de l'organisation et auprès de ses acteurs ?

« *La loi HPST, une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé* »¹²⁵.

Cette *ambition* est inscrite dans une perspective territoriale. Cette notion de territoire ouvre bien d'autres horizons que la simple prise en compte de l'espace géographique. Le contexte formel d'un périmètre délimité des territoires géographiques n'inclut pas un autre contexte, informel celui-ci, qui concerne les territoires du sens, « *des représentations, des valeurs, des identités, des cultures, des logiques d'acteurs, des formes et des symboles* »¹²⁶. Il convient d'aborder ces territoires, comme nous le propose Anne-Marie Laulan, en prenant en compte leur contextualité et leur complexité car « *toute notion de territoire renvoie à celle du pouvoir et donc à celle de l'exclusion* »¹²⁷.

Il en va de même pour les territoires qui sont ceux des organisations sociales pour lesquelles le changement constitue la nécessaire *ambition* afin de continuer à exister. La société leur donne à construire de nouvelles relations où les acteurs eux-mêmes doivent donner sens à leur action. Il ne s'agit pas seulement comme peut le proposer Jean-Marie Clément de « *territoires corporatifs* »¹²⁸ mais, sans doute au-delà même d'une définition-métier, celle d'une identité et d'une culture-métier¹²⁹, forme d'une logique et d'une intelligence sociale d'un groupe d'acteurs.

Mme Bachelot-Narquin, Ministre de la santé, a présenté cette loi comme indispensable avec comme ligne de conduite l'inscription du système de santé

¹²⁵ SECRETARIAT GENERAL DES MINISTRES SOCIAUX, direction générale de l'offre de soins, direction générale de la santé, direction générale de la cohésion sociale, direction de la Sécurité Sociale. *H.P.S.T., une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé. 2011* [en ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf> (consulté le 16/09/2013).

¹²⁶ BONNET, Jacques, RAICHVARG, Daniel. La nouvelle équipe de recherche Cosmos de l'université de Bourgogne. *Communication & organisation*, 2008, n°33, pp. 140.

¹²⁷ LAULAN, Anne-Marie. *Liens et lieux*. Séminaire du laboratoire CIMEOS, « L'intelligence territoriale et les lieux - Quel(s) rapport(s) avec les territoires ? ». Dijon, le 25 juin 2014.

¹²⁸ CLEMENT, Jean-Marie. *Op. cit.*, p. 43.

¹²⁹ Nous avons abordé la culture soignante en partie I, sous-chapitre 1.1.3. : « Le groupe des soignants fait-il Culture ? »

français « *dans un monde en mutation* ». Elle appuyait son action sur le fait « *qu'il s'agit de garantir les valeurs qui fondent notre système de santé, de le sauvegarder durablement et de préparer son avenir.* »¹³⁰

Les acteurs de la santé et du soin, en première ligne des missions sur les territoires, sont directement impactés par cette loi HPST qui donne une orientation forte à la fois au Service Public et au secteur privé.

1.3.4. Des instances au service de l'organisation générale de l'offre de soin

La première instance de santé est la Conférence Nationale de Santé (CNS).¹³¹ Elle est créée par les « ordonnances Juppé » en 1996. Il s'agit de permettre aux parlementaires de recueillir des informations relatives à la situation de santé publique de la France. Ces données sont transmises par ses membres : les professionnels de santé, les institutions et les représentants de région des conférences régionales de santé. La loi du 4 mars 2002¹³² instaure une nouvelle instance, les conseils régionaux de santé qui ne seront pas mis en place. En 2006, la CNS est réactivée en accueillant des usagers qui la présideront.

¹³⁰ Discussion au Sénat du Projet de Loi « HPST » - Discours de Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN le 12 mai 2009.

¹³¹ Source des informations : Ministère des Affaires Sociales et de la Santé [en ligne]. <<http://www.sante.gouv.fr>> (consulté le 16/01/2014).

¹³² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

En 2008 elle donne des avis importants pour l'orientation future du système de santé et en particulier un rapport sur le respect des droits des usagers. Elle y fait neuf propositions pour « *la promotion et la défense des droits des usagers* »¹³³.

A partir de cette date, la CNS propose des réflexions sur les grands domaines de la santé, tout en gardant en fil rouge la problématique du respect des droits des usagers. La CNS donne des avis sur les premiers secours, le refus de soins, la participation citoyenne en santé, un système de santé plus solidaire, la santé mentale, la démocratie sanitaire, les recherches sur la personne humaine... Autant d'éléments qui orientent le soin, la relation de soin et en particulier les réflexions qui animent les groupes de soignants confrontés aux problématiques quotidiennes d'accueil des patients et de leurs familles.

La deuxième instance créée est l'Agence Régionale de Santé (ARS). C'est l'une des mesures fondamentales de cette nouvelle loi. L'existence de cette agence restructure totalement le paysage de la gestion de la santé en France par le regroupement au sein d'une seule entité des Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS et DDASS), des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP), des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), des Missions Régionales de Santé (MRS) et du volet hospitalier de l'assurance maladie¹³⁴. L'ARS devient à la fois organisateur de l'offre de soins mais également le financeur par le biais de l'assurance maladie. Ses missions sont « *de définir et mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional* :

¹³³ Ministère de la santé de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Conférence nationale de santé, droits et accueil des usagers. *Promouvoir et faire respecter les droits des usagers du système de santé*. Octobre 2008

¹³⁴ Ce volet hospitalier de l'assurance maladie se compose d'une partie du personnel des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), du Régime Social des Indépendants (RSI), de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et des Directions Régionales du Service Médical (DRSM)

- *des objectifs de la politique nationale de santé ;*
- *des principes de l'action sociale et médico-sociale ;*
- *des principes fondamentaux de la Sécurité Sociale, affirmant le caractère universel, obligatoire et solidaire de la protection sociale. »*¹³⁵

Roselyne Bachelot-Narquin, présente ce regroupement comme un élément incontournable, dans un environnement qui ne peut penser la santé sans une « cohérence » entre « *l'organisation et le financement* »¹³⁶. Cette recherche d'efficience du système de santé est un changement important pour les acteurs de cette filière, peu préparés à ce type d'objectif. Le paradigme d'engagement auprès du malade est très prégnant dans l'activité soignante et pour de nombreux praticiens, il prime sur celui de la rentabilité et de la modification des systèmes d'organisation.

La troisième nouvelle instance inscrite dans la loi HPST concerne la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT). Elle répond à la préoccupation de diminuer les coûts, tout en concentrant sur un même territoire des équipements performants. Le projet de mutualisation des moyens est l'un des leviers importants de la plupart des gestionnaires, tant il est vrai qu'en matière de santé, les innovations techniques permanentes demandent sans cesse de nouveaux investissements coûteux.

Déjà dans le rapport « Rolland », du nom du rapporteur d'un projet de loi à l'Assemblée Nationale en 2003, la notion de *niveaux* de CHT apparaît. Le premier de ceux-ci est celui des hôpitaux locaux, le deuxième celui des hôpitaux plus importants pouvant exercer la chirurgie, la maternité, la réanimation... et le troisième, celui des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

¹³⁵ Ordonnance n° 2010-18 du 7 janvier 2010 portant création d'une agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

¹³⁶ Discussion au Sénat du Projet de Loi « HPST » - Discours de Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN le 12 mai 2009.

Comme le précise Jean-Marie Clément, les CHT ont pour mission principale de « *mettre en œuvre une stratégie commune à l'ensemble des établissements publics de santé* ». Cette organisation voit donc l'élargissement du principe de Service Public aux établissements privés qui peuvent ainsi avoir, après un conventionnement, une mission de Service Public. La critique principale de cette loi par ses détracteurs concerne la crainte de la transformation du Service Public en un service privatisé. En effet, le service hospitalier public ouvre ses portes à la pratique libérale, le Service Public se transforme en mission de Service Public, les conseils d'administration des hôpitaux deviennent des conseils de surveillance.

Le discours public emprunte effectivement désormais celui de l'entreprise privée, ce qui vient perturber, au sein des organisations, les acteurs soucieux de conserver leur identité et leurs valeurs. L'adaptation au changement n'est pas, en elle-même, la seule problématique pour les soignants qui ont le sentiment d'une perte, certes symbolique mais non moins importante, des fondements de ce qui est à la source de leur engagement : la priorité à l'attention au malade. Le discours du ministre, n'utilise pas les *codes* (au sens de Derrida) qui permettent l'adhésion des acteurs de la pratique de soin aux changements proposés : « *L'acte de discours tire également sa force (ou sa "puissance" d'agir, selon Butler (Butler, 2004)), de sa référence à un système de conventions, de règles et de rituels communs aux interlocuteurs* ».¹³⁷

La loi HPST confirme un élément fondamental qui va impacter de manière significative le monde du soin et de la santé : le vieillissement de la population française. Roselyne Bachelot-Narquin précise dans son introduction au débat sur

¹³⁷ GRAMACCIA, Gino. Les stratégies performatives dans le discours environnementaliste. *Recherches en communication*, 2011, n°35, p. 81.

la loi que « *La population vieillit. Nous sommes actuellement en pleine transition démographique. Ce défi d'envergure nous pousse à développer les soins de suite et le secteur médico-social.* »¹³⁸ Dans ce débat où la logique gestionnaire semble primer sur celle du soin, la prise en charge de la personne âgée, actuelle ou en devenir, représente un défi pour l'avenir.

1.3.5. La place du soigné dans l'offre de soin

La loi définit les activités de soin et donne un cadre à la pratique qui s'impose à tous. Cependant, elle ne décrit pas les procédures détaillées de ce qui est en jeu dans le soin, en particulier en ce qui concerne la relation entre le soignant et le soigné. Comme l'indique Michel Foucault « *le pouvoir n'est pas une substance. Il n'est pas non plus un mystérieux attribut dont il faudrait fouiller les origines. Le pouvoir n'est qu'un type particulier de relations entre individus.* »¹³⁹. Et c'est bien cette question des processus et des pratiques de relations qui intéresse particulièrement notre recherche.

Une illustration de cet aspect dans la loi HPST est la proposition de participation donnée aux familles lors du conseil de surveillance des établissements de longue durée :

« *Dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un représentant des familles de*

¹³⁸ Discussion au Sénat du Projet de Loi « HPST » - Discours de Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN 12 mai 2009

¹³⁹ FOUCAULT, Michel. *Dits et écrits : 1954-1988*, vol. 2. Paris : Gallimard, 1994, p. 979.

personnes accueillies participe, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance. » ¹⁴⁰

Cet article 9 propose très explicitement de prendre avis auprès des familles en ce qui concerne la gestion et l'administration de lieux d'accueil pour personnes âgées. Bien sûr, l'avis est consultatif et *in fine*, il revient au conseil de surveillance, au directeur ou au directoire d'un établissement de prendre les décisions et d'en assumer la responsabilité. Et même si les enjeux pour l'établissement ne sont pas les mêmes que pour les résidents, cette collaboration participative marque un tournant dans l'administration des accueils de longue durée.

Sur le plan régional, au sein du conseil de surveillance de l'ARS, il est attendu que des personnes représentatives soient présentes. C'est l'article 118 à l'alinéa 4 qui stipule que le conseil est formé : « *De représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'au moins d'une personnalité choisie à raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence* ». Là encore, mais sur un plan régional, la collaboration avec les usagers montre la voie de l'attention portée aux bénéficiaires des soins.

Les décisions prises par l'ARS sont organisées au sein d'un schéma régional d'organisation médico-sociale. Les représentants des départements sont alors consultés, en particulier pour recueillir les besoins réels de la population âgée. L'article 118 concernant ce schéma indique :

« Pour la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la concertation avec chaque conseil général concerné pour une meilleure connaissance des besoins

¹⁴⁰ Les textes de loi de cette section sont tirés du Journal Officiel de la République Française n°0167 du 22 juillet 2009, page 12184, texte n°1, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR: SASX0822640L.

rencontrés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées. »

Que ce soit sur le plan régional, départemental ou au sein même des institutions d'accueil, la collaboration avec les personnes âgées ou leurs représentants est, dans la loi, un élément essentiel lors de la prise de décisions. La loi fixe le cadre de ces concertations sans en définir les réelles implications et les places données à chacun.

L'analyse du contexte socio-économique du monde de la santé actuel permet de mieux comprendre les enjeux des écarts ou des convergences de significations perçues par les acteurs entre les nouvelles directives qui leurs sont imposées et leur identité soignante. Les décisions politiques s'adaptent aux besoins nouveaux des usagers et particulièrement à l'élévation de l'âge moyen de la population. En ce qui concerne les pratiques, les demandes de soins augmentent et l'offre doit s'adapter à la population des personnes âgées dont on doit aussi prendre en charge le confort et le bien-être lors des soins du quotidien.

Ces évolutions de la société et des organisations de soins modifient le rapport des acteurs à la place qu'ils occupent professionnellement. En effet, en matière d'identité au travail, ces nouveaux objectifs fixés par la loi, viennent se confronter à ce que Claude Dubar appelle « *l'identité catégorielle* » (Dubar, 1994). Le discours et les prescriptions des décideurs entrent en conflit avec les identités forgées par les soignants. Ceux-ci portent un regard critique sur le caractère purement financier des décisions qui sont prises et qui s'imposent à eux. Confrontés à l'obligation de s'adapter, les soignants s'opposent autour d'un discours condamnant *le tout économique* au détriment du soin auprès de la personne. Cependant, Dubar souligne qu'une deuxième identité professionnelle peut se construire : « *une identité de réseau* » dans laquelle s'associent des éléments d'ordre personnel et des constructions de nouvelles normes et règles collectives.

Nous questionnons dans cette recherche, les processus de relation dans le soin et le contexte de changement des politiques de santé au regard, entre autre, du vieillissement de la population. Les processus impactent les identités des soignants en termes de statut et de métier et nous en tiendrons compte dans notre analyse, en particulier quand il s'agira de percevoir dans le discours des soignants, ce qui relève de leurs valeurs et de la source de leur engagement.

1.4. La formation au soin : structure et modèle

La formation au soin vit depuis 2009 une mutation importante. Son dispositif s'inscrit dans le courant socio-constructiviste¹⁴¹ et dans le paradigme de « la compétence ». Ce changement est fondamental dès lors que l'approche pathologiste a été remplacée par une vision de la santé en termes de « processus ». Dans un premier temps, il convient de rendre compte de l'histoire de la formation et de ses changements successifs aboutissant au rapprochement des Instituts de Formation et de l'Université. Nous examinerons dans un second temps, les contenus des unités d'enseignement et en particulier ceux qui permettent la construction de savoirs dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées.

¹⁴¹ L'approche socio-constructiviste de la formation infirmière est abordée en partie I, sous-chapitre 1.4.3. : « Le choix d'un modèle socio-constructiviste ».

1.4.1. Formation et changements sociétaux

L'histoire de la formation infirmière n'est pas très ancienne et, comme le dit René Magnon¹⁴², la formation infirmière, comme celle des instituteurs à la fin du XXe siècle, doit opérer sa « *conversion* »¹⁴³ pour un paysage désormais européen et mondialisé. Les premières écoles ou cours « *destinés aux « dames infirmières* » sont ouverts par des médecins comme le « *Docteur Duchaussoy en 1877 des sociétés Croix-Rouge, et le Docteur Désiré Magloire Bourneville* »¹⁴⁴ en 1878 pour les écoles municipales des hôpitaux de l'assistance publique à Paris. Les débuts de la formation infirmière correspondent également à une période charnière en médecine : les réflexions sur l'hygiène hospitalière moderne font leur apparition et Louis Pasteur découvre la vaccination préventive.

C'est en Juin 1922 que le premier diplôme infirmier voit le jour très en lien avec les orientations médicales de santé publique. Il s'agit d'un brevet de capacité professionnelle qui bénéficie d'une formation de vingt-deux mois. Deux types de soignantes sont formés : « *les infirmières hospitalières et les infirmières visiteuses d'hygiène sociale, de la tuberculose et de l'enfance* »¹⁴⁵. Les diplômées appuieront le combat contre la tuberculose proposé cette année-là par « *Weil-Hallé et Turpin qui appliquent le BCG à grande échelle* »¹⁴⁶.

¹⁴² MAGNON, René. *Les infirmières : identité, spécificité, et soins infirmiers : le bilan d'un siècle*. Paris, Masson, 2001, p. 162.

¹⁴³ Cette « *conversion* » évoque la dimension historique du métier d'infirmier, très largement liée au pouvoir religieux que nous avons évoqué dans la partie I, sous-chapitre 1.2. : « Permanence et mutations de la pratique du soin ».

¹⁴⁴ *Ibid.*, p. 16.

¹⁴⁵ DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette. *Le métier d'infirmière en France*. Paris : PUF, 1996, p. 65.

¹⁴⁶ MAGNON, René. *Op. cit.*, p. 184.

L'Arrêté ministériel du 28 Février 1924 vient préciser le programme des études. A l'Assistance Publique de Paris, les buts de l'école sont présentés dès les premières lignes de son document d'accueil¹⁴⁷ :

« BUT DE L'ECOLE :

Fournir à des jeunes filles de la capitale ou de la province, qui se sentent la vocation de soigner les malades, une carrière honorable et belle entre toutes, et, en même temps, procurer aux hôpitaux de Paris un personnel d'élite, rompu à la minutie des techniques modernes et ayant une haute conscience de sa mission, tel est le double but que poursuit avec succès depuis des années l'École des Infirmières de l'Assistance Publique à Paris. »

L'appel à la vocation est présent et l'accent est mis sur « *l'œuvre d'utilité sociale* » de l'école, à la fois pour les malades bénéficiant « *d'infirmières professionnelles* » pour leurs soins mais également pour le corps médical qui, en ce début de siècle souhaite bénéficier de personnels connaissant les « *techniques modernes* ». Dans la société de l'époque, la femme a une place particulière.

L'engagement demandé à toutes ces jeunes femmes peut encore pour quelques années, être comparé à l'engagement religieux. Le célibat est demandé, la prise de voile est l'un des moments forts de l'entrée en formation.

¹⁴⁷ Les extraits concernant l'École des Infirmières de l'Assistance Publique à Paris sont tirés d'une plaquette de présentation de 14 pages de 1929, « *exécutée* » par les élèves de l'école d'Alembert et tirée des archives documentaires du Centre de documentation de l'IFSI du CHRU de Dijon.

L'habit revêtu est très proche de celui des moniales : uniforme blanc et grande cape noire.¹⁴⁸

Ce type d'école cherche à poursuivre parallèlement un rôle de formation personnelle auprès de jeunes femmes célibataires ou veuves de 20 à 26 ans qui sortent de leurs années d'études « *moralement formées* ». L'école Florence Nightingale de Talence en Gironde, indique que celles qui se marieront pourront, grâce à la formation, « *accomplir parfaitement leurs fonctions de mères de famille* ».¹⁴⁹

De nombreuses réformes jalonneront toutes les décennies qui suivront :

- 1938 : réforme du concours d'admission.
- 1961 : séparation des études d'infirmières et d'assistantes sociales, début du concept de *rôle infirmier*.

¹⁴⁸ Le voile est un des éléments vestimentaires qu'une religieuse se voit remettre à son entrée par sa communauté. Dans le recueil « *Du Voile des Religieuses et de l'usage qu'on doit en faire. Selon l'Ecriture, les Conciles et les Saints Pères* » paru en 1678, le voile est désigné comme le signe de l'alliance au sens biblique du terme (l'arche d'alliance) que la jeune fille consacrée a contractée avec Dieu. Mais le voile est également un élément de séparation avec les autres membres de la communauté : « *Ainsi le Voile qu'on leur donne les sépare des autres membres de cette Eglise, de peur que par leur communication, elles ne se rendent indignes de cette manne, qui est le pain des Anges, dont les Vierges doivent se nourrir.../...* » (p. 170).

Le voile est donc le signe d'un don total des femmes font à leur église. Il montre le sens de l'engagement « *où la grâce agit avec force ; où la pureté se conserve avec son éclat, et où l'humilité se fait remarquer par ses abaissements* » (p. 173). Le Voile est signe d'un oubli de soi choisi, « *Ce n'est plus moi qui vis, c'est le Christ qui vit en moi* » (lettre de St Paul apôtre aux Galates (Ga 2, 20)). Rosine Lambin, dans son travail de recherche sur « le Voile », souligne que la lettre aux Corinthiens 11/2-16 inscrit Paul dans une recherche d'identité pour ses compagnons, dans une société de l'époque peu ouverte à la nouveauté. Le Voile devient un signe participant à la création d'une nouvelle identité. Rosine Lambin conclut que ce petit morceau de vêtement pose la question « *de la place sociale des femmes au cœur des grandes religions monothéistes aussi bien hier qu'aujourd'hui* ». Nous avons déjà évoqué le voile à partir du témoignage d'une formatrice dans la partie I, sous-chapitre 1.2.5. : « *Mutation pasteurienne et évolution des pratiques* ». Cette question se pose également sur la place sociale des femmes dans le monde de la santé contemporaine.

LAMBIN, Rosine. Paul et le voile des femmes. *CLIO. Histoire, femmes et sociétés* [en ligne]. 1995, n°2, mis en ligne le 01/01/2005, <<http://clio.revues.org/488>;DOI:10.4000/clio.488> (consulté le 01/11/2013).

¹⁴⁹ Bulletin d'information de l'École Florence Nightingale. American Nurse Memorial. Cahors. 1935, p. 5.

- 1972 : prise en compte du rôle social de l'infirmier, d'éducateur à la santé et d'une autonomie professionnelle spécifique à l'infirmier.
- 1973 : définition de la formation en « secteurs psychiatriques et personnes âgées ».
- 1979 : premiers accords européens, définition de la « *zone d'autonomie au travers du rôle propre* »¹⁵⁰.
- 1992 : étape importante de l'évolution de la profession avec la réunification des formations de « soins généraux » et de « soins psychiatriques et personnes âgées » puis transformation de l'appellation « élève infirmier » en « étudiant en soins infirmiers ».

Chaque réforme implique de nouvelles organisations de la formation mais également de nouvelles postures et de nouveaux positionnements professionnels. C'est le cas de celle de 1992 avec notamment la nouvelle appellation des usagers de la formation. Le passage du terme *d'élève* à celui *d'étudiant* signifie un changement de rapport au savoir pour la personne qui entre en formation. En effet, ce statut permet au formé d'adopter une nouvelle posture face à ses apprentissages. Son attitude active vis-à-vis des connaissances et des savoirs qu'il doit acquérir confère un rôle central dans son parcours de formation. Si l'élève se voyait instruit par ses maîtres, l'étudiant s'implique dans la construction des savoirs qui lui sont nécessaires.

Le décret du 23 mars 1992 instaure également les IFSI pour préparer à l'exercice du métier d'infirmier. Ces instituts sont des structures publiques ou privées « *rattachées ou non à un établissement de santé, dirigées par un(e)*

¹⁵⁰ DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette. *Le métier d'infirmière en France*. Paris : PUF, 1996, p. 69.

*directeur(trice) des soins issu(e) de la filière infirmière »*¹⁵¹. Le ministre délégué à la santé leur fixe quatre missions¹⁵² :

- « *la formation initiale des infirmiers et des aides-soignants ;*
- *la formation préparatoire à l'entrée dans les instituts de formation en soins infirmiers ;*
- *la formation continue incluant la formation d'adaptation à l'emploi ;*
- *la documentation et la recherche en soins infirmiers. »*¹⁵³

Ce sont les IFSI qui choisissent leurs missions prioritaires en fonction de leurs moyens propres et en tenant compte de leurs ressources financières, techniques et humaines. De ce fait, la mission de « *formation préparatoire à l'entrée dans les instituts de formation* » est très souvent remplie par des organismes privés, sans lien avec les centres de formation infirmière.

L'objectif du programme des études en soins infirmiers est « *de favoriser l'émergence d'un nouveau profil d'infirmier [...]* » qui devra être :

- « *un infirmier apte à répondre aux besoins de santé des usagers dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation ;*
- *un infirmier polyvalent apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne. [...];*

¹⁵¹ Dictionnaire des Soins Infirmiers et de la profession infirmière. Issy-les-Moulineaux : Masson Éditeur, 2005, p. 158.

¹⁵² Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers.

¹⁵³ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. *Profession infirmier, Recueil des principaux textes*. Paris : Berger-Levrault, 2006, p. 24.

- *un infirmier bénéficiant d'une meilleure reconnaissance sociale grâce à un savoir lui permettant d'affirmer une réelle professionnalisation.*»¹⁵⁴

Si les deux premiers objectifs montrent la volonté d'adapter l'activité infirmière à la demande de soin en santé, le troisième semble vouloir mettre l'accent sur la nécessité d'une reconnaissance du métier d'infirmier, pour lui permettre de prendre une place importante dans l'organisation des soins sur le territoire. Dans la perspective du vieillissement de la population et de la diminution de l'offre médicale, ce troisième objectif pourrait ouvrir la voie à de nouvelles coopérations, construites sur un socle solide de savoirs et de compétences infirmières.

En fin de formation, l'infirmier doit être en mesure d'exercer son métier « *en tenant compte notamment des aspects éthiques, juridiques de son engagement professionnel* »¹⁵⁵. Il pourra le faire en secteur libéral sous certaines conditions et en milieu hospitalier.

Au fur et à mesure de son parcours de formation, l'étudiant est invité à élaborer son propre projet professionnel. Il pourra alors participer à « *l'enrichissement du patrimoine culturel infirmier en vue d'une prise en charge holistique de la personne soignée* »¹⁵⁶. Nous retrouvons dans cette proposition les bases de la construction d'une culture soignante déjà évoquée à propos du concept de *soin*.

Pour atteindre le but qui lui est fixé, l'équipe de formateurs des IFSI met en place un projet pédagogique qui permet à l'étudiant de « *se forger son identité professionnelle* ».¹⁵⁷ Ce projet pédagogique est propre à chaque institut. Il est

¹⁵⁴ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. *Op. cit.*, p. 32.

¹⁵⁵ *Ibid.*

¹⁵⁶ *Ibid.*

¹⁵⁷ *Ibid.*

construit de manière à mettre la réussite de l'étudiant au centre du dispositif de formation. Son élaboration prend en compte les évolutions du métier grâce au partenariat entre les formateurs et les cadres de santé de proximité, directement impliqués dans les unités de soins.

Pour un IFSI, la formation par alternance garantit une acquisition de savoirs théoriques et cliniques. Les situations de soins peuvent permettre aux futurs professionnels de développer certaines compétences¹⁵⁸ :

- assumer ses responsabilités personnelles et professionnelles
- assurer la prise en charge globale d'un groupe de patients
- collaborer avec les partenaires de santé autour de la personne soignée
- s'inscrire dans un processus de recherche personnelle et professionnelle.

Notre recherche s'intéresse à ces changements qui s'opèrent auprès des étudiants en formation, dans une perspective de compréhension des mécanismes de la professionnalité à partir de trois constats que l'évolution de la formation initie. Le premier est qu'aujourd'hui les étudiants, futurs soignants souhaitent partager une culture commune et la mettre au service du patient. Ils se projettent dans des formations complémentaires et de nouveaux développements de compétences. Le deuxième constat est la conscience qu'ils ont de l'évolution et de la transformation progressive de leurs pratiques, poussées par le progrès scientifique, pour devenir des procédures de pointe ouvrant un champ de compétence et d'expertise aux infirmiers. Le troisième constat est le souhait des étudiants de bénéficier, au travail, de conditions leur permettant de se réaliser à la fois sur le plan personnel et professionnel. Tous

¹⁵⁸ Exemple extrait du projet pédagogique de l'IFSI du CHRU de Dijon, 2013.

ces constats modifient les « *formes identitaires* » constituant la socialisation professionnelle décrite par Claude Dubar¹⁵⁹.

1.4.2. Un nouveau programme, une nouvelle approche

L'année universitaire 2009/2010 a vu à nouveau se transformer le paysage de la formation infirmière avec une réforme des études et un programme infirmier remanié. Laetitia, infirmière au sein d'une maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD), nous a exprimé le sentiment partagé par de nombreux professionnels à propos de cette réforme marquant un nouveau modèle de formation pour les futurs professionnels : « *Ce programme 2009 ce n'est pas seulement une réforme, c'est une révolution !* ». En effet, la plupart des repères de la formation précédente sont modifiés. Pour exemple, il n'y a plus de note en stage, plus de *mise en situation professionnelle* réalisée par les formateurs, il existe désormais un portfolio pour accompagner l'acquisition de compétences. Au sein de l'établissement où cette infirmière travaille depuis 10 ans sont accueillis des étudiants infirmiers pour une formation clinique de qualité. Sa remarque illustre le tournant majeur que vit la formation infirmière et, avec elle, toute la profession.

La formation s'articule désormais à partir de trois référentiels ¹⁶⁰ :

1. Un référentiel d'activités décrivant les capacités que doivent maîtriser les professionnels et qui sont « *attestées par l'obtention du diplôme d'Etat* ».

Neuf activités sont répertoriées :

- observation et recueil de données cliniques

¹⁵⁹ DUBAR, Claude. Formes identitaires et socialisation professionnelle. *Revue française de sociologie*, 1992, n°33-4, p. 523.

¹⁶⁰ Les activités, compétences et attendus de la formation sont tirés d'un document regroupant les principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. *Op. cit.*, p. 43.

- soins de confort et de bien-être
- information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes
- surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes
- soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique
- coordination et organisation des activités et des soins
- contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits
- formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires
- veille professionnelle et recherche.

2. Un référentiel de compétences rassemblant l'ensemble de l'activité infirmière :

- évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
- concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
- accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
- mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique
- initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs
- communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
- analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
- rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
- organiser et coordonner des interventions soignantes
- informer et former des professionnels et des personnes en formation.

3. Un référentiel de formation ayant pour objet de permettre à l'étudiant de :

- se professionnaliser
- devenir un praticien autonome, responsable et réflexif
- développer ses ressources

- reconnaître ses émotions
- développer une éthique professionnelle.

Le principe d'une alternance entre formation clinique en stage et formation théorique à l'institut est maintenu. L'articulation de la formation se fait à partir d'un modèle socioconstructiviste d'étude de situations. Ainsi, les compétences développées se fondent sur trois paliers d'apprentissage : comprendre, agir et transférer.

1.4.3. Le choix d'un modèle socio-constructiviste

Le dispositif pédagogique proposé aux étudiants s'inscrit donc dans un courant qui met la personne au cœur d'un processus dynamique d'acquisition de nouvelles compétences. Moins qu'une application totale et dogmatique sur l'ensemble des « enseignements », il s'agit plutôt d'orienter un positionnement du formateur autour d'un apprentissage où l'apprenant a toute sa place. Dans le référentiel de formation, en particulier dans les contenus enseignés, les changements pourraient sembler peu perceptibles car les cours magistraux demeurent, les exercices de simulation des actes de soins sont toujours présents et les travaux dirigés encore inscrits aux emplois du temps des étudiants. L'approche des apprentissages par la méthode de « la situation-problème » est toutefois privilégiée et l'organisation de l'ensemble des séquences pédagogiques est pensée non plus totalement sur le plan de l'acquisition d'une somme de connaissances, de savoirs livresques, d'enseignements didactiques, mais comme un ensemble permettant « *l'appropriation des savoirs (concepts) et des savoir-faire (compétences)* »¹⁶¹.

En effet, pour le formateur, savoir s'adapter aux demandes des étudiants fait appel à un savoir d'action et s'enracine dans la connaissance de méthodes

¹⁶¹ Points de repère - Les méthodes actives sont fondées. *Sciences Humaines*, février-mars 1996, hors-série n°12, p. 20.

pédagogiques spécifiques dont l'approche à partir d'une situation-problème. Comme le dit André Giordan : « *L'apprentissage n'est pas un processus de transmission (le maître dit, montre...) mais surtout un processus de transformation (des questions, des idées initiales, des façons de raisonner habituelles des élèves).* »¹⁶² La situation-problème, dont le formateur a l'initiative, permet d'initier cette transformation en construisant un espace de formation à partir d'un questionnement. Cet obstacle aux représentations que possède déjà l'étudiant, va déclencher un conflit socio-cognitif propice à la construction de nouvelles. L'apprenant peut alors reconstruire ses connaissances, tout en comprenant et maîtrisant les éléments qui l'empêchaient d'évoluer.

Le choix du problème posé prend appui sur les réflexions entendues lors de séquences pédagogiques précédentes. Les formateurs peuvent aussi s'appuyer sur ce qu'ils savent déjà des étudiants. On peut penser qu'au travers des idées partagées en groupes de travaux avec les étudiants, des séquences pédagogiques qui précèdent et des rencontres formelles et informelles, se dégage l'expression d'une partie des représentations initiales des étudiants. Le sujet proposé peut alors permettre de confronter les représentations de chacun, dans l'interaction, à partir d'une carte heuristique, d'un problème à résoudre, d'une tâche à effectuer, d'une question sur un savoir d'action... Le problème ainsi posé va créer une interpellation individuelle dans ce que Lev Vygotski appelle la « zone proximale de développement » des savoirs et des compétences. Lev Vygotski définit cette zone comme : « *la distance entre le niveau actuel du développement, déterminé par la capacité de résoudre indépendamment un problème, et le niveau proximal du développement, déterminé par la capacité de résoudre un problème sous le guidage d'un adulte ou en collaboration avec un autre compagnon plus capable* »¹⁶³. Cette vision de l'apprentissage par la

¹⁶² GIORDAN, André. Les conceptions de l'apprenant. *Sciences Humaines*, février-mars 1996, hors-série n°12, p. 48.

¹⁶³ VYGOTSKY, Lev, Semenovitch. *Mind in society - The development of higher psychological processes*. Cambridge : Harvard University Press, 1978, p. 86. Nous utilisons la traduction de l'édition française : VYGOTSKY, Lev, Semenovitch. *Pensée et langage*. Paris : La Dispute, 2003.

collaboration entre étudiants induit que l'apprentissage se performe au sein d'un groupe de pairs.

C'est donc tout au long du travail du groupe et de l'échange des représentations que les étudiants sont mis en situation d'argumenter leurs idées, de se confronter à celles des autres en provoquant un conflit socio-cognitif. Ce cheminement chaotique et non linéaire leur permet de transformer leurs représentations en expérimentant des hypothèses nouvelles par la controverse exercée par et avec les autres membres du groupe.

En accompagnant le groupe, le formateur a le rôle d'un formateur-étayant dans l'écoute de la verbalisation des représentations et des conflits des étudiants, dans la proposition de pistes de réflexions et dans l'orientation des ressources possibles. Il peut avoir également le rôle de formateur-accompagnant devenant par là même celui qui médiatisera le savoir, ouvrant des possibilités de recherches nouvelles et de compréhensions étayées. Cette interaction a pour but de faire progresser l'étudiant en lui permettant de « *déconstruire ses conceptions erronées pour les remplacer par des représentations plus adéquates* »¹⁶⁴.

A l'issue de ce travail de groupe, un temps permet au formateur de conduire une analyse qui aboutira à la création de liens entre les différents savoirs mis à jour. Il synthétise les avancées réalisées et fixe de nouvelles représentations plus élaborées et plus étayées aux savoirs construits par le groupe. Ce moment crucial de la construction de nouvelles représentations peut s'avérer toutefois un temps qui permet de nouvelles expressions d'un conflit représentationnel. Comme le décrit Philippe Meirieu, dans le cadre du milieu scolaire, « *ce conflit se manifeste le plus souvent extérieurement : il s'agit alors d'un désaccord avec un camarade, avec le professeur [...]* »¹⁶⁵. Le rôle du formateur est alors celui de formateur-médiateur, non pas pour résoudre les conflits mais pour permettre la

¹⁶⁴ FOURNIER, Martine. Comment savoir ? *Sciences Humaines*, 1999, n°98, p. 18.

¹⁶⁵ MEIRIEU, Philippe. *Apprendre... oui, mais comment ?* Paris : ESF éditeur, 2012, p. 58.

confrontation des idées des autres au sein d'une médiation propice aux échanges de significations entre les formés. Le rôle de médiateur prend là tout son sens, en permettant à l'Autre de progresser, de faire des liens, de construire de nouveaux savoirs, d'appréhender avec les autres les solutions possibles au problème.

La fin de synthèse permet aussi de *re-médier* avec les apprenants les objectifs de départ et tout le cheminement effectué. C'est ce temps qui autorise le formateur à valider les échanges qui ont eu lieu comme autant de signes qu'un réel travail constructif a été réalisé. Les étudiants peuvent alors prendre conscience qu'ils ont, par des moyens qui leur sont propres, réussi à produire du savoir. La remédiation qui a pu avoir lieu dans les groupes et la formalisation de leur travail effectif sont des éléments qui peuvent leur permettre d'appréhender leur activité cognitive, d'atteindre le niveau de la métacognition. C'est tout l'enjeu du lien entre motivation et l'autonomie que décrit Bernadette Noël : « *En fin de compte, c'est seulement si on laisse l'élève s'exprimer sur ses propres stratégies cognitives et si on lui permet de les confronter avec celles des autres qu'on parviendra à le motiver car il aura pris conscience que sa réussite dépend de lui et deviendra véritablement autonome.* »¹⁶⁶

Cette relation pédagogique organisée par le formateur demande une attention particulière pour initier auprès des formés une capacité à connaître leurs propres logiques cognitives. Il pourra le faire en les questionnant sur ce qui fait sens dans leur relation à l'apprentissage et à l'objet même du savoir.

« *Chacun donne un sens particulier à ce qu'il apprend. En modifiant ses représentations, le sujet élargit sa compréhension du monde. Apprendre devient alors synonyme de comprendre.* »¹⁶⁷ Pour atteindre cet objectif, le formateur

¹⁶⁶ NOEL, Bernadette. *La métacognition*. Paris : De Boeck Supérieur, 1997, p. 202.

¹⁶⁷ FOURNIER, Martine. Comment savoir ? *Sciences Humaines*. Octobre 1999, n°98.

pourra donc alternativement jouer le rôle de formateur, de médiateur, de tuteur, d'étayeur, de facilitateur ou de personne ressource.

Tous ces rôles rendent complexe la fonction du formateur qui doit développer une posture décrite très justement par Michèle Genthon (citant Bonniol, 1987) : « *Le formateur, le pédagogue est un « passeur » car il est médiateur entre les variables de l'individu et les variables de la situation : « il travaille à son inutilité. ».* »¹⁶⁸

¹⁶⁸ DONNADIEU, Bernard, GENTHON, Michèle, VIAL, Michel. *Les théories de l'apprentissage*. Paris : Masson, 1998, p. 77.

1.4.4. Une tentative de réponse aux besoins de la société et aux usagers de la formation

L'accès à la formation infirmière est réglementé par un quota d'entrée. La Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) a réalisé un état des lieux de la population des étudiants infirmiers. Le tableau ci-après présente l'évolution du nombre d'étudiants à admettre en IFSI en France depuis 1995. L'augmentation est constante de 1995 à 2014, avec un pic particulier en 2000 destiné à couvrir le passage aux 35 heures hebdomadaires :

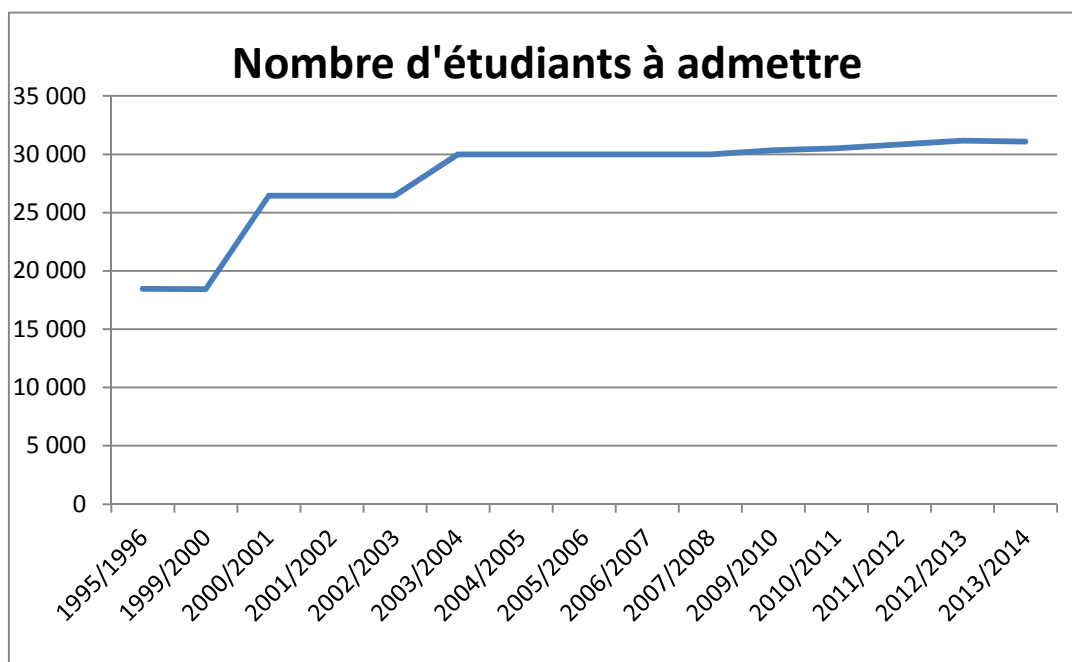


FIGURE 3 : NOMBRE D'ETUDIANTS A ADMETTRE EN IFSI DE 1995/1996 A 2013/2014

Année scolaire	Nombre d'étudiants à admettre
1995/1996	18 466
1999/2000	18 436
2000/2001	26 436
2001/2002	26 436
2002/2003	26 436
2003/2004	30 000
2004/2005	30 000
2005/2006	30 000
2006/2007	30 000
2007/2008	30 000
2009/2010	30 342
2010/2011	30 514
2011/2012	30 846
2012/2013	31 162
2013/2014	31 088

FIGURE 4 : QUOTAS D'ENTREE EN IFSI POUR LA FRANCE DE 1995/1996 A 2013/2014¹⁶⁹

Si le quota d'entrée est fixé par la réglementation, on note un écart significatif entre le nombre autorisé et le nombre effectif des étudiants entrant en formation. En 2009 l'écart était de - 9.2%, soit - 2 806 étudiants. La FHP précise que ce type d'écart se justifie par la nécessaire réorganisation des instituts en ce qui concerne « *la réadaptation des locaux, l'augmentation des effectifs encadrants, l'ouverture de nouveaux instituts...* »¹⁷⁰.

¹⁶⁹ Source des données : Journal officiel de la république Française, Document des ressources documentaires de la FHP. Octobre 2011.

¹⁷⁰ Etat des lieux chiffré de la formation et de la population en exercice. Fédération de l'hospitalisation privée. Direction des ressources documentaires. Octobre 2011.

En avril 2013, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evolution et des Statistiques (DREES) publie un document de travail sur les formations aux professions de santé en 2011¹⁷¹.

En ce qui concerne le mode de prise en charge des étudiants, les données publiées par les organismes payeurs permettent de découvrir l'offre très importante des aides et allocations. Il est à noter que la DREES n'est pas en mesure de confirmer les chiffres présentés. En effet, certains étudiants bénéficiant de plusieurs aides ne déclarent qu'une seule prestation, tandis que d'autres déclarent une allocation sans en avoir le bénéfice. Il est toutefois intéressant de remarquer que les possibilités de financement sont importantes et qu'elles peuvent être un facteur de décision pour l'entrée en formation¹⁷². De nombreux postulants sont orientés vers les concours infirmiers par les organismes qui les prennent en charge. Les financeurs de ces formations ont pour argument principal afin de convaincre les futurs étudiants, la présentation d'un secteur d'activité ou l'emploi est assuré à l'issue de la formation. En effet, dans le contexte actuel de crise économique et de diminution de la dépense publique, la plupart des nouveaux diplômés infirmiers trouvent tout de même un emploi dans un délai de quelques mois après leur sortie de formation.

¹⁷¹ CASTERAN SACRESTE, Bénédicte. 2013. *Série statistique*. Paris : DRESS, 2013, n°178.

¹⁷² L'impact du financement sur la prise de décision d'entrer en formation ne sera pas investiguée dans ce travail. Toutefois, nous nous questionnons sur la corrélation entre les motivations déclarées à l'entretien du concours d'entrée, souvent centrées sur l'aide à la personne et le nombre croissant des propositions de financement faites aux personnes sans emploi. En effet, dans quelle mesure le choix de la profession d'infirmier est-il soutenu ou provoqué d'une part par la prise en charge des études et, d'autre part, par la perspective d'un emploi en fin de formation ? Bien entendu, il serait hâtif de conclure qu'un étudiant financé qui s'engage dans la formation infirmière ne partagerait pas les valeurs du métier. Cependant, les motivations recherchées lors de l'entretien de sélection prennent appui sur le partage des valeurs du métier. En effet, si une posture réflexive est demandée aux étudiants au cours de leur formation, une « *posture pédagogique* » est inscrite au programme des études d'infirmier. Elle s'appuie sur « *des valeurs humanistes ouvertes à la diversité des situations vécues par les personnes* ».

Nous pouvons donc constater que plusieurs logiques s'opposent dans le recrutement des candidats à la formation. D'une part, les organisateurs de la sélection des instituts cherchent à recruter des candidats aptes à suivre le cursus proposé et possédant des valeurs humanistes¹⁷³. D'autre part, le métier infirmier offre des possibilités d'emploi qui peuvent bénéficier aux personnes sans activité professionnelle.

1.5. Vers un métier du soin : une approche compréhensive d'un processus de socialisation professionnelle

Contextualiser le soin suppose de problématiser ce rapport complexe que l'Homme entretient avec le soin, tant dans ses principes que dans sa pratique. Le soignant exerce cette « *conjugaison des gestes* »¹⁷⁴ qui nécessite, certes, une compréhension des problématiques physiologiques, mais également de la nature de la relation entre plusieurs personnes. Conjuguer ne signifie pas imposer mais « unir » comme l'indique sa racine latine *conjugare*. Cette unification ne peut se faire sans une prise de conscience de ce que le soin véhicule comme signes dans une société contemporaine avide de simplifications. Comme nous l'avons vu, la normativité sociétale est forte, notamment sous l'impulsion des politiques gouvernementales réformistes et de la structuration de l'offre de soin. Toutefois, un deuxième pôle de construction et d'expression du sens vient en résonance avec le contexte socioprofessionnel et culturel décrit ici : il s'agit de l'activité de soin elle-même.

Dans un environnement institutionnel et social du soin qui se complexifie, l'analyse du rapport entre le soin et la communication peut permettre une lecture

¹⁷³ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, *Profession infirmier*. Uzès : Sedi, 2010, p. 70

¹⁷⁴ VINIT, Florence. *Le toucher qui guérit. Du soin à la communication*. Paris : Belin, 2007, p. 118.

compréhensive des processus de significations et de leurs expressions dans l'activité de soin et dans la formation.

Selon Daniel Bougnoux, la communication « *demeure cette chose turbulente et vague, de laquelle il n'y a ni science ni technique, mais surplombe ou cadre la plupart de celles-ci* »¹⁷⁵. De ce fait, par ce regard distancié que permet la communication, le soin se comprend plus aisément en tant que processus de médiation sociale où se mêlent et s'agrègent les notions d'identité personnelle et de socialisation professionnelle. Daniel Bougnoux propose le modèle communicationnel comme outil pertinent de la lecture du monde social :

« “ *La communication* ” elle-même apparaît moins comme une science (locale) que comme une attitude méthodologique, ou une interdiscipline féconde pour les autres savoirs. Son télescope favorisera indubitablement une convergence entre les sciences et les arts, et permettra de relier plusieurs pensées errantes ou dispersées. »¹⁷⁶

A partir de cette convergence, il nous semble possible d'appréhender le soin comme le lieu d'expression des questions qui se posent dans le monde social, et en particulier dans celui de la santé. Le contexte historique, social, professionnel, ou encore formatif que nous avons observé dans les chapitres précédents montre à quel point le soin est ancré dans les problématiques sociétales. Anne Mayère avance que : « *Le domaine de la santé s'avère pertinent pour mobiliser et spécifier les cadres théoriques de la communication constitutive des organisations.* »¹⁷⁷ Ainsi, dans un contexte de complexification des modèles

¹⁷⁵ BOUGNOUX, Daniel. Qu'est-ce que la communication. *MEI*, 1996, n°4, p. 21.

¹⁷⁶ BOUGNOUX, Daniel. *La communication par la bande. Introduction aux sciences de l'information et de la communication*. Paris : La Découverte, 1998, p. 70.

¹⁷⁷ MAYERE, Anne. Communication et santé : étude des processus et dispositifs d'une rationalisation équipée. *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [en ligne]. 2014, n°4, mis en ligne le 15/01/2014, <<http://rfsic.revues.org/889>> (consulté le 23/06/2014).

organisationnels et des relations socioprofessionnelles, une approche communicationnelle place le patient et son parcours de soin au centre d'une organisation qui intègre également des problématiques de gestion des risques et d'amélioration de la qualité :

« Les activités de soin sont des activités prudentielles (Champy, 2009) dans la mesure où elles requièrent un questionnement constant sur les trajectoires de soins, pour déterminer et mettre en œuvre ces soins avec et pour des patients, mais aussi leurs accompagnants, et faire face aux multiples contingences tenant à chaque trajectoire et à leur combinaison (Strauss, 1992), contingences que la limitation des moyens vient précisément diversifier. »¹⁷⁸

Le contexte du soin, qu'il soit pratique, formatif, politique, économique..., ne peut évacuer la question du sens dans les interrelations entre institutions et acteurs, en particulier, comme le souligne Jean-Louis Le Moigne, en raison de la complexité accrue d'une alternance entre le *faire* et le *comprendre*.

« La progressive restauration contemporaine de la légitimité et de la dignité culturelle de ce développement en double hélice des faire et des comprendre, des expériences et des connaissances, se réactive pourtant désormais en activant nos consciences de l'irréductible autant qu'émouvante complexité perçue de nos innombrables interactions au sein du Monde de la Vie. »¹⁷⁹

Les acteurs du soin co-contruisent leur activité et en partagent le sens. La dimension sensible et symbolique de la pratique soignante et de la représentation

¹⁷⁸ MAYERE, Anne. *Op. cit.*

¹⁷⁹ LE MOIGNE, Jean-Louis. Relier toujours relier. L'agir et penser en complexité. *Interlettre Chemin Faisant, Réseau Intelligence de la Complexité*, mars-avril 2014, n°70, p. 2.

du soin constitue un point d'ancrage pour toute approche compréhensive envers cet univers professionnel, vieux déjà de quatre siècles, qui a accompagné bien des mutations et des événements au sein de notre société.

2. Problématique générale - Evolution de sens et mutation de la professionnalité soignante : du soin-corps au soin-communicant

Ce contexte du soin, que nous venons d'exposer et en particulier celui lié à la personne âgée, fait apparaître qu'il est pertinent de questionner l'existence et les manifestations d'un partage de significations entre les différents acteurs à propos du sens de la relation de soin partagée. En effet, dans une relation au quotidien, le soignant et la personne âgée véhiculent ces dimensions historiques, sociales, politiques..., dans un périmètre défini et accepté par tous.

Si la formation, dans le cadre de son programme et de son projet pédagogique, tente d'impacter durablement le comportement des acteurs, la question demeure posée d'une réelle rencontre ontologique au sein de la relation de soin.

L'analyse préalable du contexte, et en particulier de l'histoire soignante, montre que cette perspective historique a durablement inscrit sa marque dans les pratiques et aujourd'hui encore, les modèles proposés aux soignants novices restent ceux du siècle dernier. La lecture de l'Homme demeure celle d'un temps où le besoin était au centre des réflexions, accordant au patient la place centrale, voire unique, dans un acte sans réelle réciprocité.

Si aujourd'hui encore, la sélection des étudiants à l'entrée en IFSI se fait sur une motivation à soigner l'humain, à s'engager vers l'Autre, à s'investir au service d'une cause humaniste, les usagers des organisations de soins attendent

désormais pour *leur* soin un professionnel compétent, un technicien aguerri, un spécialiste qui possède les savoirs utiles et efficaces.¹⁸⁰

La problématique de ce travail de recherche s'inscrit donc dans la perspective d'une double complexité, celle du soin et parallèlement celle de logiques soignantes donnant sens, pour les acteurs, à leur travail.

Mais qu'en est-il d'un réel enjeu communicationnel dans le soin auprès de la personne âgée ? Selon nous, celui-ci ne vient pas s'opposer à d'autres enjeux mais synchrétiser les significations à partir de l'éclairage d'un processus¹⁸¹ soignant. L'activité emblématique qu'est « la toilette » a longtemps été au centre de l'activité soignante avant que le progrès médical ne vienne imposer son orientation techniciste et opérationnelle. Ce soin, sous une apparente simplicité, voire une certaine banalité, permet de révéler des espaces de sens en particulier dans la complexité de la relation d'un soin en lien avec la notion de l'intime et du corps. Il y a encore quelques années, les formateurs faisaient l'apprentissage de la toilette en la réalisant sur le corps d'un élève, puis on n'a plus lavé que la tête et les pieds. Aujourd'hui, l'apprentissage ne se conçoit plus autrement que sur un mannequin lamartinien, objet inanimé « sans âme » et sans interaction, bien

¹⁸⁰ Dans un rapport de janvier 2011, une mission a été mandatée par le gouvernement français pour explorer les « nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé ». L'une des principales demandes de la part des patients et, en particulier ceux atteints d'une maladie chronique, est de « vivre avec leur maladie », dans un parcours de soin « compris et construit comme un parcours de vie conciliable avec d'autres réalités et initiatives au-delà de la maladie ».

En parallèle, la mission propose qu'une nouvelle culture de la santé soit partagée par l'ensemble des professionnels : « *Le renforcement des compétences en sciences humaines et sociales dans le cursus universitaire des professions de santé doit être concilié avec la diffusion d'une nouvelle culture du soin. Les missions des professionnels les engagent dans une relation de partenariat avec les personnes sollicitant des compétences qui ne se limitent pas aux actes techniques mais intègrent l'accessibilité du système de santé dans ses multiples composantes* ».

BRUN Nicolas, HIRSCH, Emmanuel, KIVITS, Joëlle. *Rapport de la mission « Nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé »* [en ligne]. Janvier 2011, < http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_nouvelles_attentes_du_citoyen-2-2.pdf > (consulté le 15/04/2014).

¹⁸¹ Le mot « processus » est pris dans ce cas dans son acception latine « d'un progrès, d'une progression », et plus précisément d'un « avancement ».

loin du « *monde de la vie* »¹⁸² des soignants qui réalisent les soins de confort et de bien-être notamment auprès des personnes âgées. Les concepts enseignés en institut de formation font appel à la prise de conscience de la distance interpersonnelle, pierre angulaire d'une prise en charge professionnelle et thérapeutique.

La dimension problématique évoquée ici vise donc plus précisément à questionner la place du corps dans le soin, et à étudier en quoi le corps par lui-même, est source de communication, lieu de communication, objet de communication dans l'activité de soin.

La relation de soin s'inscrit dorénavant dans une perspective scientifique avec ses codes, ses normes, ses protocoles et ses pratiques. La formation est ce lieu privilégié où sont réfléchis le sens de l'activité, la réalité de la pratique et l'expérience vécue. Aujourd'hui, il ne s'agit plus d'apprendre par un modèle de répétition mais bien de co-construire un espace formatif dans lequel pourront naître des significations partagées et des identités communes. La personne est devenue un « concept » transversal qui s'avère plus difficile à appréhender qu'une simple activité technique répétitive. Le soin tente d'insérer la personne soignée dans une boucle interactive à partir d'un espace de médiation qui se veut adapté et respectueux des valeurs soignantes.

Dans cette perspective, qu'en est-il d'une structuration du soin autour de valeurs qui donneraient sens aux logiques et aux modes d'intervention des acteurs ?

Si corporéité et axiologie construisent une dimension du soin, elles lui donnent sens dans la dimension de la relation, qui est présente dans tout acte de soin en partant d'un postulat que ce dernier n'est possible que s'il y a relation entre un corps physique et un corps social. Cet espace relationnel créé impacte les

¹⁸² SCHÜTZ, Alfred. *Essais sur le monde ordinaire*. Paris : Le Félin, 2010. p. 113.

logiques soignantes mais également la perception des personnes soignées. La mesure de l'implication relationnelle est souvent découverte au sein même de l'activité et de la médiation au soin. Pourtant, pour la formation en santé, l'une des premières règles de la simulation est de ne pas réaliser une activité de soin pour la première fois sur un patient. Les activités de relation bénéficieraient-elles d'un autre statut ? Bien souvent en stage, il s'agit pour les étudiants de se confronter à ces situations où la relation se construit et s'appréhende comme l'un des éléments d'une prise en charge thérapeutique, avec ses protocoles, ses normes, ses réglementations mais également ses savoirs théoriques et conceptuels. Les acteurs développent des habiletés qui, au sein de l'organisation soignante, permettent également d'accroître les savoirs collectifs partagés. Il s'agit d'en connaître l'origine, déduite des théories et concepts ou induite par l'activité de terrain. La relation de soin est appréhendée par le biais de l'acte de soin, dans une perspective fonctionnaliste, qui met en avant efficacité et protection. Le soin est construit autour de modèles répondant d'abord aux exigences médicales dont la dimension communicationnelle est celle de moyens permettant l'atteinte des objectifs. Une approche communicationnelle aura pour visée d'appréhender le soin à travers la posture soignante mais également d'un point de vue plus général, au regard de l'ensemble des acteurs de la relation, acteurs engagés dans un système de significations où, pour reprendre la célèbre métaphore de Goffman, engagés dans l'orchestre de la pratique soignante¹⁸³.

Notre problématique de recherche questionne, au sein d'un processus dynamique de la relation, en quoi le modèle du soin vient à se transformer, à muter d'un modèle de l'acte à celui d'un processus de médiation, dans les représentations des formés, expérimenté au cours du déploiement d'une stratégie de formation.

¹⁸³ Nous faisons ici également référence à cette conception « orchestrale » de la communication présentée dans son caractère historique par Yves Winkin dans son ouvrage « *Anthropologie de la communication* » (références en bibliographie).

3. Corps-chair et corps symbolique : des enjeux de signification

La problématique de ce travail de recherche questionne trois concepts que sont le corps, les valeurs et la médiation. Il ne s'agit pas de les penser comme indépendants les uns des autres mais d'en faire la clôture épistémologique, tout en mettant en évidence leur interdépendance. Les concepts de corps et de valeurs sont liés aux représentations des individus. Comme le proposait Emmanuel Mounier, la connaissance est « *pure représentation* »¹⁸⁴. Il précisait que « *le sentiment du réel naît au contact de la résistance que nous offrent les choses, quand nous avançons sur elles* ». Nul doute que s'affronter à de tels concepts provoque des résistances et en premier lieu celles liées à la nécessité de faire des choix. Mais nous garderons à l'esprit que ce cadre conceptuel ainsi construit, nous permettra d'appréhender *le sentiment du réel* nécessaire à notre analyse qui place la question du rapport des acteurs à la réalité du soin au premier rang de l'approche développée ici.

3.1. Le corps sujet et objet

3.1.1. Le corps communicant

Vouloir définir le corps nécessiterait de revisiter une grande partie de la philosophie, de la théologie, de la sociologie et finalement de l'ensemble des sciences humaines. Bien des travaux scientifiques ont tenté de dichotomiser les éléments de ce « *corps communicant* »¹⁸⁵. Notre propos sera plutôt de cerner ce concept de corps à partir d'une approche communicationnelle.

¹⁸⁴ MOUNIER, Emmanuel. *Traité du caractère*. Editions du Seuil : 1946, p. 337.

¹⁸⁵ MELENEC, Béatrice, MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Le corps communicant - XXI^e siècle, civilisation du corps ?* Paris : L'Harmattan, 2007.

Le corps médiation ou la médiation du corps

Pour Fabienne Martin-Juchat le corps est « *à la fois matière et signe, individuel et social, nature et culture...* »¹⁸⁶. Le corps entretient un lien fondamental avec les affects et en particulier dans la mesure où « *l'émotion [est] avant toute autre chose, mouvement du corps* »¹⁸⁷.

Selon cette perspective, le corps peut être socialement pensé comme médiation (Martin-Juchat, 2006) ou comme médium (Martin-Juchat, 2008) dans un espace sensible de la communication : « *Le corps ne sert pas seulement à illustrer le message linguistique, il exprime aussi des affects et facilite la compréhension de ceux d'autrui.* »¹⁸⁸. Nous prendrons en compte ce constat pour notre travail d'analyse lorsqu'il s'agira d'étudier les récits d'étudiants en stage. De nombreuses situations révèlent ces liens forts entre *les mouvements du corps* et les émotions ressenties.

Si le corps est « *l'interface entre le social et l'individuel, la nature et la culture, le physiologique et le symbolique* »¹⁸⁹, sa conception peut aller jusqu'à ce que David Lebreton a appelé « *la cyborgisation de l'homme* »¹⁹⁰. Une pensée finalement très Darwiniste, d'une évolution transgressive, d'un croisement contre nature entre humain et informatique où les corps sont amendés et parés de nouvelles technologies. Le monde du soin est quotidiennement confronté à ce lien homme-machine. Lorsque nous avons rencontré Jean-François, il travaillait dans un service de pointe chargé de réaliser des dialyses auprès de malades insuffisant rénaux. Il nous a partagé sa peur de ne plus voir l'Humain dans le soin : « *la*

¹⁸⁶ MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Anthropologie du corps communicant*. In : *Anthropologie et communication*. Paris : Editions L'Harmattan, 2002, p. 61.

¹⁸⁷ MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Le corps et les médias : La chair éprouvée par les médias et les espaces sociaux*. Paris : De Boeck Supérieur, 2008, p. 43.

¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 44.

¹⁸⁹ LE BRETON, David. *La sociologie du corps*. Paris : Presses Universitaires de France, 1992, p. 120.

¹⁹⁰ LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses Universitaires de France, 1990, p. 322.

machine de dialyse est entre nous et le patient. Il m'est arrivé de continuer à dialyser un patient alors qu'il était déjà décédé. J'étais tellement focalisé sur les alarmes de la machine, que c'est un de mes collègues qui m'a fait remarquer l'état de mon patient ». Après cet événement, Jean-François a demandé sa mutation dans un service de psychiatrie pour, dit-il, « *retrouver le lien direct avec le malade* ».

Bernadette Dufrêne nous fait remarquer la notion d'un corps *médiaire* chez Henri Bergson, lorsqu'il pense le corps comme « centre de l'action », lien entre matière et mémoire dans un rapport au monde. Merleau-Ponty, lui, voit le corps comme structuralement ce qui permet la perception du monde en même temps qu'il est le monde lui-même.

Pour ces deux approches, il s'agit d'une corporéité qui « *s'attache aux questions fondamentales de la sensation et de la perception (notamment du problème visible/lisible), de la dualité corps/esprit, etc.* »¹⁹¹. Par ailleurs, la communication appréhende le corps par le biais des interfaces, des interactions, des représentations... Chaque éclairage conceptuel dévoile la complexité d'une définition du *corps* qui reste au centre de l'attention de nombreuses disciplines scientifiques.

Corps et esprit : domination ou soumission ?

Le débat de la primauté de l'esprit sur le corps ou de sa soumission à ce dernier traverse la réflexion de nombreux chercheurs dans des disciplines très variées. Si le physicalisme prête au monde physique la genèse du couple corps/esprit en tant qu'entité physique, l'influence contemporaine des sciences cognitives met en avant une domination de l'esprit et finalement œuvre à une rupture épistémologique de la pensée philosophique. Il est bien entendu que la pensée

¹⁹¹ DUFRENE, Bernadette. La place du corps dans les sciences de l'information et de la communication. *Actes du colloque « médiations du corps »*. Université Stendhal, 24 et 25 septembre 2000.

de la « *philosophie de l'esprit* »¹⁹² ne se résume pas à cet élément de la primauté du corps sur l'esprit. Elle s'élargit bien au-delà sur l'ensemble des interactions et en particulier sur toutes les dimensions sensibles du corps. Damasio énonce que « *sans le corps il n'y aurait pas de représentation mentale* »¹⁹³.

Quant à Varela, il inscrit l'esprit dans une dimension corporelle, tout en imaginant l'esprit comme sujet de l'expérience elle-même :

« *Par le mot incarnée, nous voulons souligner deux points : tout d'abord, la cognition dépend des types d'expériences qui découlent du fait d'avoir un corps doté de diverses capacités sensori-motrices ; en second lieu, ces capacités individuelles sensori-motrices s'inscrivent elles-mêmes dans un contexte biologique, psychologique et culturel plus large.* »¹⁹⁴

Ici s'exprime la complexité du concept du *corps*, à la fois perception du monde lui-même dans une dimension de l'incarnation expérimentée et dans celle d'une incarnation physiologique et culturelle.

Pour Lorenzo Altieri, cette problématique du corps représenté conduit à préciser deux points importants :

1. « *Si le monde n'a pas de catégorie en soi il possède néanmoins des « lignes de résistance », ou des « lignes de force » (U. Eco) »*. Ce premier élément évoque ce monde du *Lebenswelt* (monde de la vie) qui questionne le corps comme élément d'une sorte de transcendance de ce *monde de la vie* vécu et/ou imaginé ?

¹⁹² FISETTE, Denis; POIRIER, Pierre. *Une longue tradition, une courte histoire, Philosophie de l'esprit. Etat des lieux*. Paris : Vrin, 2000, p. 11-32.

¹⁹³ ANDRIEU, Bernard. Contre l'esprit. *Methodos* [en ligne]. Avril 2004, mis en ligne le 09 avril 2004, <<http://methodos.revues.org/127> ; DOI : 10.4000/methodos.127> (consulté le 12/11/2013).

¹⁹⁴ VARELA, Francisco, THOMPSON, Evan, ROSCH, Eleanor. *L'inscription corporelle de l'esprit - Sciences cognitives et expérience humaine*. Paris : Seuil, 2006, p. 324.

2. Le deuxième élément que cite Lorenzo Altieri nous donne en quelque sorte une amorce de réponse, lorsqu'il affirme que « *ce n'est pas le cerveau qui « crée » les catégories (le cerveau à lui seul n'étant strictement rien), mais l'esprit incarné dans un corps propre, mouvant et sentant au sein d'une expérience plus vaste.* »¹⁹⁵. Le corps est expérimenté et en même temps initiateur de l'expérience. L'analyse situationnelle se rapproche de « l'expérience phénoménologique ».

Comme le soulignent Béatrice Galino-Mélénec et Fabienne Martin-Juchât, comprendre le corps en situation est sans doute le succès d'une anthropologie du corps communicant chère à David Lebreton. Pour le grand public, les attentes sont « individuelles » et « collectives », relevant plus de réponses face aux situations que de véritables élaborations « *de la complexité des signes corporels qui, d'une part, ne sont jamais isolés les uns des autres et qu'il faut donc saisir dans leurs entrelacements et qui, d'autre part, en tout état de cause seront toujours reçus différemment selon les contextes culturels, situationnels, etc.* »¹⁹⁶.

C'est la nature même du *corps communicant*, d'autres formes du sens pouvant participer à la « *réhabilitation ontologique du sensible* »¹⁹⁷ de Merleau-Ponty qui évoque « la chose sentante », le « sujet-objet ». Le corps touche et en touchant il devient sujet de lui-même ; il inverse le sens et les sens, il « renverse » dit Merleau-Ponty ; au sensible du monde, il devient le monde sensible. Car pour le philosophe, toucher l'autre fait de l'autre une partie de notre propre corps. Le touchant, nous créons une interaction et au-delà même nous devenons une seule « *intercorporeité* ».¹⁹⁸

¹⁹⁵ ALIERI, Lorenzo. *Eidos et pathos : corporéité et signification entre phénoménologie et linguistique cognitive*. Bucharest : Zetabooks, 2009, p. 25.

¹⁹⁶ MELENEC, Béatrice, MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Le corps communicant - XXI^e siècle, civilisation du corps ?* Paris : L'Harmattan, 2007, p. 14.

¹⁹⁷ MERLEAU-PONTY, Maurice. *Signes*. Paris : Editions Gallimard, 1960, p. 165.

¹⁹⁸ *Ibid.*, p. 167.

Au corps ne s'oppose toutefois pas la pensée. S'il est possible de voir que l'autre voit, on peut penser que l'autre pense. Merleau-Ponty avance que pour connaître la vie de l'autre il faudrait être lui-même. C'est toute la problématique des représentations et d'une vision Husserlienne du sensible. Car le sensible, « *ce ne sont pas seulement les choses, c'est aussi tout ce qui s'y dessine, même en creux, tout ce qui y laisse sa trace, tout ce qui y figure, même à titre d'écart et comme une certaine absence...* »¹⁹⁹. L'existence d'un corps fait exister notre propre corps et fait être le corps de l'autre. Le corps est parce qu'il peut être rendu sensible au corps de l'autre, parce qu'il devient trace d'une réalité, d'une pratique, d'un contexte. Il crée sa propre appartenance sociale, pensée et incorporée.

Notre recherche place cette dimension au centre de son attention. Le soignant fait exister le corps du soigné et, dans un même temps, le soignant nourrit l'existence de son propre corps par son appartenance à la réalité du soigné. Si le soin est trace d'une intervention, d'un acte posé, il est aussi espace de sensibilité du corps de l'Autre dans la dimension de la maladie.

Le corps comme objet social

Le corps est défini, décrit, disséqué, pensé, construit..., avec de multiples approches pour autant de définitions. Les cultures permettent également de multiples entrées possibles avec leurs avancées, leurs histoires et leurs cadres théoriques.

Les SIC sont témoins de ces « *écarts extrêmes* » qui, comme le signale Jean-Luc Martinant en termes de « *pratiques, modèles et normes, ne coexistent pas pacifiquement. [Ces écarts extrêmes] se manifestent par des expressions, des pressions, tensions, génératrices d'enrichissements et aussi de violences et*

¹⁹⁹ MERLEAU-PONTY, *Op. cit.*, p. 170.

mêmes de crimes »²⁰⁰. Ce travail n'ira pas jusqu'à ces extrémités qui dans le cadre du soin pourraient renvoyer à la réflexion sur image du corps et euthanasie, corps et passage à l'acte. Qu'en est-il effectivement de l'impact du corps souffrant sur la prise de décision du médecin prescripteur d'un médicament létal ?

L'approche psychanalytique permet d'éclairer le rapport du soigné à l'image du corps qu'il perçoit. Françoise Dolto décrit un corps à trois images ou plutôt trois « *modalités* » d'une même image : l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène (Dolto, 1984). Cette « *image de base* » du corps est, pour la psychanalyste, ce qu'elle entend par narcissisme fondamental : une capacité à se définir soi-même dans une perspective historique. Cette histoire commence avec celle des « *géniteurs* », l'enfant devenant comme l'héritier de ce qu'ils ont projeté d'un désir de vie et de création d'un être vivant. Pour Dolto « *ce signifiant, c'est lui qui donne le sens de l'identité sociale, symbolique* »²⁰¹. La deuxième modalité est « *l'image fonctionnelle* ». Le corps devient le lieu de la représentation du désir, une capacité d'ouverture, de passage, d'extériorisation des pulsions de vie. La troisième modalité est « *l'image érogène* », intimement liée à « *l'image fonctionnelle* », le lieu où « *se focalise plaisir ou déplaisir érotique dans la relation à l'autre* »²⁰². Selon Dolto, le rapport à l'autre par le corps reste « *énigmatique* ». Pour elle, l'image du corps et le schéma corporel sont intimement liés. Le narcissisme de chacun est intimement lié à cette enveloppe charnelle, transpercé

²⁰⁰ MARTINANT, Jean-Luc. *Conclusion des XXVlèmes Journées : Quelques remarques conclusives sur le thème : le corps, objet scientifique/objet technologique dans l'éducation et la culture*. In : GIORDAN, André, MARTINAND, Jean-Luc, RAICHVARD, Daniel. *Le corps objet scientifique, objet technologique dans l'éducation et la culture, Actes des XXVlème Journées internationales sur la communication, l'éducation et la culture scientifiques, techniques et industrielles*. Paris : DIRES. sur ARTheque - STEF - ENS Cachan [en ligne]. <<http://artheque.ens-cachan.fr/items/show/2851>> (consulté le 13/11/2013).

²⁰¹ DOLTO, Françoise. *L'image inconsciente du corps*. Paris : Editions du Seuil, 1984, p. 51.

²⁰² *Ibid.*, p. 57.

par les désirs inconscients. Le Moi les structure et se sublime pour une autre énigme, celle du « *je-nous* » lors de « *l'harmonie subtile de l'amour* »²⁰³.

Ces concepts enrichissent le regard que porte notre recherche sur l'acte de soin et son implication dans une intimité d'un corps conçu comme support de l'assise narcissique. Les propositions de Dolto confortent notre approche communicationnelle d'une relation de soin impliquant le corps, dans une intimité partagée où se mêlent les représentations des acteurs sur le corps, l'identité, le sexe, le plaisir, l'érotisme...

Pour David Lebreton, « *toute relation au corps est l'effet d'une construction sociale* »²⁰⁴. Dans cette perspective, les enjeux sont ceux d'une description des logiques sociales et culturelles, au-delà d'une élaboration des mécanismes psychiques de l'individu. Toutefois, percevoir ce que l'Autre peut communiquer de son corps renvoie à ce que Bernard Andrieu appelle « *l'intime corporel* ». Faut-il encore que l'Autre puisse agir à sa propre communication, donne à voir ce qu'il communique de son corps. Pour Andrieu²⁰⁵, « *communiquer son intime corporel suppose que l'on ait expérimenté une communication avec son intime corporel. Pour cela une expérience réflexive des pratiques intimes est nécessaire* ». Cette réflexion va bien au-delà de simples pratiques d'auto-découverte de son propre corps. L'intime vient encadrer la sensation de « *l'intime corporel* », dans une contrainte qui force le sujet à « *s'éprouver* »²⁰⁶.

Ces approches permettent d'enrichir notre conception d'une relation au corps inscrite pleinement dans des logiques sociales et en même temps bâtie à partir d'une construction identitaire interne à la personne, l'espace de l'interaction dans

²⁰³ DOLTO, Françoise. *Op. cit.*, p. 373.

²⁰⁴ LE BRETON, David. *La sociologie du corps*. Paris : Presses Universitaires de France, 1992, p. 121.

²⁰⁵ ANDRIEU, Bernard. *Communiquer son intime corporel*. In : GALINON-MELENEC, Béatrice, MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Le corps communicant - XXI^e siècle, civilisation du corps ?* Paris : L'Harmattan, 2007, p. 145

²⁰⁶ *Ibid.*, p. 139.

le soin pouvant faire émerger l'expression de l'une ou de l'autre de ces approches.

3.1.2. Le corps et le monde vécu

Le contexte social dans lequel l'Homme évolue et où il interagit le situe dans une perspective évolutionniste et structuraliste. Francisco Varela apporte un élément nouveau qui identifie l'Homme comme entité en capacité de se *s'auto-produire*. Ce concept « *d'autopoïèse* » serait pour Francisco Varela et Humberto Maturana, la caractéristique du vivant :

*« Un système autopoïétique est organisé comme un réseau de processus de production de composants qui :
(a) régénèrent continuellement par leurs transformations et leurs interactions le réseau qui les a produits, et qui
(b) constituent le système en tant qu'unité concrète dans l'espace où il existe, en spécifiant le domaine topologique où il se réalise comme réseau »²⁰⁷.*

Cette double appartenance au contexte et à une sorte d'existence propre et autonome interfère avec les autres systèmes de même nature pour se constituer en réseau.

On comprend toute l'importance de cette vision d'une organisation interne orientée, guidée par un environnement et dans le même temps construisant son propre contexte. Nous avons déjà évoqué cette importance du contexte pour notre recherche sur le soin, mais ce qu'apporte Varela est la conception d'une perception du monde extérieur qui devient l'alternative à la cognition propre à l'individu. D'un point de vue communicationnel, cette proposition implique que ce

²⁰⁷ VARELA, Francisco. *Autonomie et connaissance. Essai sur le vivant*. Paris : Seuil, 1989, p. 45. Nous utiliserons l'édition française du texte initialement publié sous cette référence : VARELA, Francisco. *Autopoiesis: The organization of living systems, its characterization and a model*. Biosystems. Volume 5, Issue 4, may 1974, pp. 187-196.

que les acteurs expriment de la perception de leur corps est également l'expression d'un réseau auquel ils appartiennent. Varela décrit le mécanisme de structuration interne de l'Homme comme « *l'avènement conjoint d'un monde et d'un esprit à partir de l'histoire des diverses actions qu'accomplit un être dans le monde* »²⁰⁸. C'est le concept « *d'énaction* »²⁰⁹, l'idée que le monde est lui-même créé par l'acte. L'individu est au cœur d'un processus qui le fait devenir ce qu'il est, tout en ayant une action sur la situation dans laquelle il se trouve :

« *La perspective de l'énaction propose qu'une personne n'est jamais seulement que située par les circonstances dans lesquelles elle se trouve, elle est aussi, pour ainsi dire, « situante », elle se situe elle-même et concourt aux transformations successives d'une situation.* »²¹⁰

Très proche de la vision phénoménologique de Merleau-Ponty, Francisco Varela considère la corporéité comme recouvrant la dimension du réel mais en même temps, et de manière imbriquée, la dimension du vécu. Il existe une interdépendance entre ce que le corps analyse par ses structures physiques, ses connections neuronales et l'activité réflexive portée sur l'expérience vécue. Le regard de Varela sur les représentations lui est propre et son interprétation peut être mise en discussion avec le concept *des représentations* en tant que processus de signification permettant un rapport au monde par la reconnaissance et la découverte de celui-ci²¹¹.

²⁰⁸ VARELA, Francisco, THOMPSON, Evan, ROSCH, Eleanor. *L'inscription corporelle de l'esprit - Sciences cognitives et expérience humaine*. Paris : Seuil, 2006, p. 35.

²⁰⁹ Enaction est tiré du terme anglais « to enact » qui signifie « susciter, faire advenir, faire émerger » (Coste, 2003).

²¹⁰ MASCIOTRA, Domenico. *Une entrée par les situations : Fondements des approches actives et situées*. Québec : Université McGill, 2006, p. 14.

²¹¹ Nous aborderons le concept des représentations sociales dans la partie I, sous-chapitre 3.1.3. : « Les représentations du corps : migrations conceptuelles ».

Pour Varela le corps et l'esprit ne font qu'un, bien au-delà d'une simple tournure rhétorique ou idéologique. L'homme est lui-même créateur du monde dans lequel il se reconfigure sans cesse à la fois source et résultat de l'expérience : « *Le système cognitif ne formule plus des solutions et des réponses péremptoires, mais vient au monde en même temps qu'il fait advenir le monde sur le mode de la question.* »²¹² Il décrit un couplage structurel d'un corps au monde, assemblage de chair et d'esprit. Cette idée est souvent soutenue par les soignants lorsqu'ils évoquent la prise en charge globale du patient. Yannick Vanpouille évoque une énaction du corps dans le monde pour constituer un « *corps-monde comme chair, et à la fois comme énaction du monde et du corps* »²¹³. Cette vision phénoménologique constitutive d'un Moi rappelle la perspective décrite par Varela d'une inscription de l'action dans le corps.

3.1.3. Les représentations du corps : migrations conceptuelles

Le concept de *représentations* est au centre de nombreuses recherches dans le champ communicationnel. La nature de notre terrain de recherche nous amène à prendre en compte les fondements de ce concept afin d'appréhender le sens des situations vécues et exprimées par les acteurs du soin. Si comme le dit Doise : « *Le carrefour auquel se trouve la notion de représentations sociales est particulièrement dense, les voies qui y débouchent sont multiples et il n'y a aucune carte qui en donne les coordonnées communes.* »²¹⁴. Nous nous inscrivons dans la perspective d'une lecture communicationnelle des représentations, au service du décryptage des phénomènes sociaux au sens décrit par Yves Jeanneret d'*êtres culturels* « *complexes qui associent des objets*

²¹² COSTE, Florent. Incarnation, cognition et représentation : comment les sciences cognitives pensent-elles le corps. *Tracés* [en ligne]. Février 2003, mis en ligne le 11 mai 2009, <<http://traces.revues.org/4135> ; DOI : 10.4000/traces.4135> (consulté le 16/10/2013).

²¹³ VANPOUILLE, Yannick. *Epistémologie du corps en Staps : vers un nouveau paradigme*. Paris : Editions L'Harmattan, 2011, p. 95.

²¹⁴ DOISE, Willem, PALMONARI, Augusto. *L'étude des représentations sociales*. Paris : Delachaux & Niestlé, 1986, p. 82.

matériels, des textes, des représentations et qui aboutissent à l'élaboration et au partage d'idées, d'informations, de savoirs, de jugements. »²¹⁵

Toutefois, sous l'éclairage d'approches, psychologiques, sociales, cognitives, phénoménologiques ou autres, la représentation prend un caractère et une organisation particulière. Dans ce travail, les concepts utilisés pour la théorisation des représentations sont empruntés à la psychologie sociale mais, en ce qui concerne l'analyse du processus de significations des situations rencontrées par les étudiants en soins, nous recourons à une autre méthode que celle développée par cette science. En effet, l'approche générale de notre recherche comporte une dimension sociocognitive qui nous permet de révéler l'émergence des différentes formes d'organisation dans le soin, mais également les différents éléments repérables dans les situations vécues, expressions des logiques d'acteurs échangées dans le champ communicationnel de l'interaction sociale.

Dans les années 60, les psychologues sociaux, dont Serge Moscovici travaillent autour des *représentations sociales* et décident : « *d'aborder les problèmes de leur discipline dans un esprit neuf, [d'] étudier les comportements et les rapports sociaux sans les déformer ni les simplifier, et aussi [d'] obtenir des résultats originaux* (Abric, 1976 ; Codol 1969 ; Flament, 1967) »²¹⁶. D'autres chercheurs en psychologie sociale viendront poursuivre et développer cette recherche (Moliner, 1996, Rateau, 1998, Bonardi et Roussiau, 2014...).

²¹⁵ JEANNERET, Yves. *Penser la trivialité. Volume I : la vie triviale des êtres culturels*. Paris : Hermes Science Publications, 2008, p. 16.

²¹⁶ MOSCOVICI, Serge. *Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire*. In : JODELET, Denise. *Représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989, p. 79.

Partant du principe « *qu'il n'y a pas de coupure entre l'univers extérieur et l'univers intérieur de l'individu (ou du groupe)* »²¹⁷, Moscovici s'écarte de la théorie behavioriste. Pour lui, « *une réponse n'est pas strictement une réaction à un stimulus. Jusqu'à un certain point cette réponse est à l'origine du stimulus, c'est à dire que ce dernier est déterminé en grande partie par la réponse.* »²¹⁸.

Quant à Jean-Claude Abric, il considère que la représentation est : « *un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou une situation* »²¹⁹. Dès lors, nous pouvons appréhender la dimension sociale des pratiques collectives en nous appuyant sur le regard que portent les individus ou les groupes sur leur environnement et qui leur permet de vivre en relation avec les autres. Les représentations, « *en tant que systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales* »²²⁰. Cette organisation, qui permet à l'individu un rapport construit au monde, ne se réduit pas à une simple organisation psychique du rapport homme/corps/société ; le champ des représentations couvre l'ensemble des situations que l'Homme social aura à vivre, ce que Vygotski décrivait lors de la construction des représentations chez l'enfant, organisée dans un réseau d'interactions sociales et cognitives (Vygotski, 1934).

Construction des représentations

La compréhension de la construction des représentations nous permettra ici de mieux analyser la nature complexe de l'expression des représentations chez les

²¹⁷ MOSCOVICI, Serge. Cité par ABRIC, Jean-Claude. *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France, 1994, p. 12.

²¹⁸ *Ibid.*

²¹⁹ ABRIC, Jean-Claude. *L'étude expérimentale des représentations sociales*. In : JODELET, Denise. *Représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989, p. 206.

²²⁰ JODELET, Denise. *Représentations sociales : un domaine en expansion*. In : JODELET, Denise. *Représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989, p. 53.

acteurs, afin de percevoir les éléments qui relèvent d'une approche communicationnelle.

A partir de ses différentes perceptions, l'individu cherche à expliquer son environnement dans un processus cognitif lui permettant une maîtrise de son univers de vie. L'acteur essaie, dans un premier temps, de comprendre les nombreux éléments qui l'entourent. Dans un second temps, la complexité des schémas qu'il peut élaborer l'entraîne à simplifier la réalité en la reconstruisant à sa façon. Sa représentation s'organise comme une « *traduction immédiate du réel* »²²¹.

De cette manière, l'individu pourra donner un sens à son environnement en le rendant plus familier et, d'une certaine façon, plus prévisible. La représentation est comme « *une vision fonctionnelle du monde* »²²². L'individu, dans un environnement social reconstruit, utilisera la représentation comme « *un guide pour l'action* »²²³. Abric précise « *qu'elle oriente les actions et les relations sociales. Elle est un système de pré-décodage de la réalité car elle détermine un ensemble d'anticipations et d'attentes.* »²²⁴. C'est la conception d'une organisation mentale qui permet de vivre la situation en la précédant pour mieux la comprendre et l'anticiper.

Pour permettre cette organisation, la création des représentations prend appui sur les apprentissages sociaux des individus et se développe en deux phases décrites par Moscovici :

La première est « *l'objectivation* » qui se compose de trois processus. Le premier est « *la construction sélective* » qui est une sélection par l'individu des

²²¹ MEIRIEU, Philippe. *Apprendre... Oui, mais comment ?* Paris : ESF, 1999, p. 51.

²²² ABRIC, Jean-Claude. *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France, 1994, p. 13.

²²³ *Ibid.*

²²⁴ *Ibid.*

informations qui lui parviennent, des éléments de la réalité qu'il rencontre. Il utilise pour ce faire des filtres qui sont dépendants « *de la communication et des contraintes liées à son appartenance sociale* »²²⁵. Le deuxième processus est « *la schématisation structurante* » par laquelle l'individu organise les éléments qu'il a sélectionnés. Le troisième, « *la naturalisation* », est une élaboration d'une image concrète de ces éléments auxquels l'individu donne ainsi une nature propre.

La deuxième phase de la genèse des représentations est « *l'ancrage* ». Ce processus vient en complément de la phase « *d'objectivation* » et intervient à la fois « *en amont et en aval de la formation des représentations, en assurant leur incorporation dans le social* »²²⁶. En amont, ce processus permet l'écriture des éléments d'information que recueille l'individu, dans un système que Denise Jodelet appelle « *d'accueil notionnel, un déjà-là pensé* »²²⁷. En aval, « *l'ancrage* » suit « *la naturalisation* » en permettant au sujet de donner un sens utile à la pratique. L'ancrage suit trois logiques :

- celle d'un système de signification : l'appartenance au groupe social permet au sujet de construire sa propre identité
- celle d'un système d'interprétation : le monde qui entoure le sujet prend sens et lui permet d'acquérir des savoirs
- celle de l'intégration : la rencontre de la nouveauté s'inscrit dans un système de pensée.

Le modèle des représentations traduit la complexité de l'adaptation de l'individu à sa réalité. Le sujet ne communique que ce qu'il en perçoit, en la reconstruisant et en la simplifiant. C'est ainsi que notre étude de la perception du soin par le soignant sera conduite non pas pour vérifier l'ensemble des étapes de la

²²⁵ JODELET, Denise. *Représentations sociales : un domaine en expansion*. Représentations sociales / éd. Par Denise JODELET. Paris : Presses Universitaires de France, 1989, p. 73.

²²⁶ *Ibid.*

²²⁷ *Ibid.*

construction de ses représentations, mais pour analyser ce qu'il exprime de la situation vécue.

Fonctions des représentations

Si une partie de notre recherche s'appuie sur des analyses de situations pratiques de soins réalisés par des étudiants en stage, il convient donc de s'attacher à comprendre le rôle et les fonctions des représentations dans la relation de l'individu à son environnement social. Abric en définit quatre²²⁸ :

- En premier lieu, la « fonction de savoir » permet aux acteurs de comprendre et de communiquer. Ils le font à partir de leur propre système de valeurs pour leur permettre « *d'acquérir des connaissances et de les intégrer dans un cadre assimilable et compréhensible pour eux* »²²⁹.
- La deuxième est la « *fonction identitaire* » qui structure l'identité des sujets dans leur groupe social. C'est d'une part l'individu qui va, dans la construction de son identité personnelle, occuper une place dans le groupe et d'autre part la collectivité qui va « *jouer un rôle important dans le contrôle social [...] sur chacun de ses membres, en particulier dans les processus de socialisation* »²³⁰.
- La troisième est la « *fonction d'orientation* » qui « *guide les comportements et les pratiques* »²³¹. Le sujet pourra anticiper, analyser ses attentes et, au moment de l'action, son choix sera éclairé au travers de ce qu'il perçoit du contexte social : « *la représentation sociale a une valeur fonctionnelle* »²³².

²²⁸ JODELET, Denise. *Op. cit.*, p. 15.

²²⁹ ABRIC, Jean-Claude. *Op. cit.*, p. 16.

²³⁰ *Ibid.*, p. 16.

²³¹ *Ibid.*

²³² BAGGIO, Stéphanie. *Psychologie sociale : Concepts et expériences*. Paris : De Boeck, 2006, p. 103.

- La dernière fonction est « *justificatrice* » : les représentations, après l'action, permettent aux individus « *d'expliquer et de justifier leurs conduites dans une situation ou à l'égard de leurs partenaires* »²³³. Les représentations sont alors intimement liées à la relation à l'Autre dans le groupe, mais également créent un positionnement singulier face aux autres groupes. Elles permettent ainsi, au travers d'un renforcement des idées et des valeurs, de fédérer le groupe en justifiant « *la différenciation sociale* »²³⁴.

Contenu et structure des représentations

La conception développée par Abric propose une conception de la représentation construite autour d'un noyau central et d'éléments périphériques, modèle pertinent dans notre optique.

Le noyau central est un élément stable qui sert de socle et unifie la représentation. C'est lui qui maintient la représentation dans le cadre d'un contexte de changement. Il est « *simple, concret, imagé et cohérent, il correspond également au système de valeurs auquel se réfère l'individu, c'est-à-dire qu'il porte la marque de la culture et des normes sociales ambiantes* »²³⁵.

Le noyau central est l'élément des représentations qui a :

- une fonction génératrice : au travers du noyau central, les autres éléments des représentations « *prennent un sens, une valeur* »²³⁶

²³³ ABRIC, Jean-Claude. *Op.cit.*, p. 18.

²³⁴ *Ibid.*

²³⁵ *Ibid.*, p. 21.

²³⁶ *Ibid.*, p. 22.

- une fonction organisatrice : le noyau central organise les autres éléments, il permet les liens. « *Il est en ce sens l'élément unificateur et stabilisateur de la représentation* »²³⁷.

Le noyau central est donc l'élément qui permet l'étude des représentations dans les interactions qui existent entre-elles. Cependant, seul le repérage des liens d'organisation entre les éléments permet de définir ce qui appartient réellement au noyau central. Pour un même contenu, deux représentations peuvent avoir un élément central différent, de même que plusieurs éléments peuvent constituer un noyau central unique. Abric émet l'hypothèse que le noyau central pourrait prendre deux dimensions²³⁸. La première « *fonctionnelle* », lorsque le noyau central est formé d'éléments attachés à la réalisation d'actions et la seconde « *normative* », dans les « *dimensions socio-affectives, sociales ou idéologiques* »²³⁹.

Dans ses travaux avec Abric, Claude Flament résume de manière très explicite ce qu'est le *noyau central* des représentations : « *Ce qui me semble sûr, c'est que ce noyau est une structure qui organise les éléments de la représentation et leur donne sens.* »²⁴⁰.

Pour ce qui concerne notre objet de recherche, il nous semble que la notion de structure organisatrice, perçue dans l'expression des représentations des soignants, fournit des éléments de compréhension d'un socle de représentations construit, comme le décrit Abric, sur un système de valeurs, une culture, des normes sociales ambiantes. Le soignant ne peut pas toujours expliquer pourquoi il fait ses choix et ce qui fonde ses engagements et pourtant, ce sont pour lui des

²³⁷ ABRIC, Jean-Claude. *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France, 1994, p. 22.

²³⁸ *Ibid.*, p. 23.

²³⁹ *Ibid.*

²⁴⁰ FLAMENT, Claude. *Structure et dynamique des représentations sociales*. Représentations sociales / éd. Par Denise JODELET. Paris : Presses Universitaires de France, 1989, p. 226.

évidences et des allants de soi. Nous donnerons pour exemple, la situation de cet étudiant questionné sur l'origine de son choix à se former pour une profession guidée vers l'attention et l'accompagnement de la personne malade. La question lui semblait saugrenue et il répondit « *c'est comme ça, je ne sais pas, c'est au fond de moi...* ».

En ce qui concerne les éléments périphériques, ces derniers sont très nombreux et constituent par leur aspect quantitatif, le contenu principal de la représentation. Ce sont les éléments les plus observables. Ils se situent entre la réalité et le noyau central. Les liens qui les organisent entre-eux donnent une visibilité à la représentation. Leurs fonctions sont de trois ordres :

- Une fonction de « *concrétisation* »²⁴¹ qui permet la compréhension de la représentation. Elle s'appuie sur la réalité pour contextualiser et rendre explicite la représentation. Contrairement aux éléments du noyau central qui assurent une permanence de la représentation, « *les éléments secondaires sont surtout là pour spécifier les premiers, marquer les détails, créer une ambiance contextuelle particulière* »²⁴².
- Une fonction de « *régulation* »²⁴³ : intermédiaires entre le noyau central et la réalité, les éléments périphériques permettent d'intégrer de nouveaux éléments qui potentiellement seraient, comme le précise Flament, « *des éléments susceptibles de remettre en cause les fondements de la représentation ; (ils) pourront ainsi être intégrés, soit en leur donnant un statut mineur, soit en les réinterprétant dans le sens de la signification centrale, soit en leur donnant un caractère d'exception.* »²⁴⁴

²⁴¹ ABRIC, Jean-Claude. *Op. cit.*, p. 25.

²⁴² EHRLICH, Stéphane. Cité par ABRIC, Jean-Claude. *Ibid.*, p. 26.

²⁴³ *Ibid.*

²⁴⁴ *Ibid.*

- Une fonction de « *défense* »²⁴⁵ : Cette fonction permet la permanence du noyau central. Ce sont les éléments périphériques qui se transformeront pour faire évoluer la représentation par elle-même. Flament évoque l'image du « *pare-chocs* »²⁴⁶, organisé autour du noyau central. C'est grâce à cette organisation périphérique que peuvent « *apparaître et être supportées les contradictions* »²⁴⁷.

Ce double système avec d'une part le noyau central et d'autre part les éléments périphériques, permet l'adaptation sociocognitive de l'individu qui est en interaction avec son milieu social. L'étude des représentations permet d'appréhender comment le sujet s'adapte aux situations qu'il rencontre et la manière dont il transforme ses représentations.

Dans notre démarche, l'éclairage de ces théories permet d'intégrer à l'analyse le fait que l'expression des représentations chez les soignants émerge d'une construction complexe de représentations qui en affectent le sens.

3.2. Les valeurs : des référents pour les actes et les comportements face au soin

Pour aborder la conception du soin par les soignants, le concept de valeurs permet également d'explorer ce qui guide les actions et les comportements, mais également ce qui leur permet d'interpréter le réel.

Au préalable, nous souhaitons faire la distinction entre *croyances* et *valeurs*, souvent confondues. Si les croyances sont des notions que l'individu définit comme non négociables et intangibles, les valeurs sont au contraire en lien avec le réel, adaptables et, par nature, mobiles. Cette caractéristique des valeurs est

²⁴⁵ ABRIC, Jean-Claude. *Op. cit.*, p. 26.

²⁴⁶ *Ibid.*

²⁴⁷ FLAMENT, Claude. Cité par ABRIC, Jean-Claude. *Ibid.*

décrite dès 1943 par Jean Stoetzel qui les définit comme « *l'ensemble des idéaux, des préférences qui prédisposent les individus à agir dans un sens déterminé* »²⁴⁸. Cette définition sera reprise par d'autres chercheurs (Brechon, 2000 ; Regnault, 2011) qui associent la notion des valeurs à des « *protocoles méthodologiques* »²⁴⁹.

Les travaux sur les valeurs nous permettront de réaliser une analyse axiologique à partir de situations de soins préalablement catégorisées. Même si la plupart des sciences humaines se reconnaissent le droit d'évoquer la notion de valeurs, très peu d'entre-elles en ont fait un point central de leur recherche. C'est le constat proposé par Nathalie Heinich qui précise que « *la tradition sociologique n'est pas riche, [...] en modèles permettant de traiter la question des valeurs* »²⁵⁰.

Dans le langage courant, le mot *valeur* est très souvent attaché aux « valeurs morales » dans une acception figée, voire attachée à des idées du passé. De plus, il est communément admis que « tout le monde a des valeurs ». Lors de l'entretien d'admission en formation infirmière, de manière directe ou indirecte, la recherche des valeurs des candidats peut être faite pour percevoir la convergence avec les *valeurs métier*. Les réponses restent très souvent neutres et impersonnelles, interrogeant de ce fait, la pertinence de la question posée.

La notion de valeur renvoie à son origine étymologique du latin *valor*, qui veut dire « être fort ». La valeur a un caractère de mesure et de comparaison. S'il est souvent possible pour l'individu de formuler ses propres valeurs, il peut les définir en partie à partir d'une comparaison sociale. La valeur est l'un des éléments qui permet à l'acteur social, dans un même processus, d'appartenir et de créer son monde social. Cette approche phénoménologique des valeurs tendrait à

²⁴⁸ REGNAULT, Gérard. *Valeurs et comportements dans les entreprises françaises*. Paris : L'Harmattan, 2011, p. 13.

²⁴⁹ HEINICH, Nathalie. La sociologie à l'épreuve des valeurs. *Cahiers internationaux de sociologie*, février 2006, n°121, p. 288.

²⁵⁰ *Ibid.*

rejoindre la pensée de Husserl dans sa définition de la structure d'un *monde intentionnel* : « *Mon phénomène du monde, objet d'une interrogation transcendantale par le phénoménologue conduit dans l'analyse au phénomène du monde (intentionnel, c'est-à-dire y incluant du sens).* »²⁵¹.

C'est là l'une des orientations de la recherche en communication car les valeurs sont rendues accessibles à l'acteur par l'un des axes du sens, celui du sensible, en termes de perception et donc de rapport de signification avec le réel. Sans s'opposer au réel et au symbolique, cet axe en constitue l'une des perspectives de compréhension. Les valeurs n'ont de sens que parce qu'elles peuvent avoir une valorisation et donc une mesure. Les valeurs sont intentionnelles car, si elles restent imaginées, elles tendent à s'approcher de la morale et de la normalisation, tout en restant mobiles. Bachelard pensait que « *les images fondamentales, celles où s'engage l'imagination de la vie, doivent s'attacher aux matières élémentaires et aux mouvements fondamentaux* »²⁵². Nous pourrions peut-être oser faire l'analogie avec les valeurs et avancer que les valeurs fondamentales n'ont de substance qu'attachées au *Lebenswelt* et aux identités individuelles des acteurs.

Notre recherche vise particulièrement à comprendre ce lien entre les valeurs conçues et perçues par les soignants et leur expression dans la pratique. Pour nous permettre de les repérer plus exactement, il nous faut en comprendre les propriétés²⁵³.

La première d'entre-elles est que : « *Sans être en nombre infini, les valeurs sont néanmoins nombreuses, avec des répertoires qui varient fortement d'un terrain à l'autre.* ». C'est bien cet attachement au terrain, cette lecture par le *monde de la vie* qui permet de percevoir les valeurs et leur caractère commun : un *répertoire*

²⁵¹ PERREAU, Laurent. *Le monde social selon Husserl*. Paris : Springer Verlag, 2013, p. 314.

²⁵² BACHELARD, Gaston. *L'air et les songes*. Paris : Josi Corti, 1943, p. 297.

²⁵³ Les citations concernant les trois propriétés font référence à l'article suivant : HEINICH, Nathalie. *Op. cit.*, p. 287-315.

partagé qui les rend compréhensibles. C'est peut-être l'un des éléments de la reconnaissance d'une identité sociale, d'une « *frontière de la reconnaissance* », expression que nous empruntons à Michèle Lamont, tant il est probable que les valeurs sont sans doute l'un des éléments constitutifs de l'existence de frontières symboliques, « *condition nécessaire mais non suffisante à la production de frontières sociales* »²⁵⁴. L'acteur vient s'y conformer, signe d'appartenance à une culture commune. Cette propriété des valeurs est sans doute ce qui rend difficile leur repérage dans le monde du soin. Si le répertoire commun est présent, si la multiplicité des valeurs est réelle, qu'en est-il des valeurs personnelles du soignant au regard des expressions relatives au besoin d'appartenance à une culture commune ?

On pourrait dès lors confondre l'expression d'acceptation d'une normativité sociale avec une réelle formulation de valeurs personnelles. Toutefois, qu'advient-il à un candidat aux études infirmières qui n'évoquerait pas l'attention à l'Autre, le respect, la bienveillance et toutes les formes socialement reconnues des valeurs du soin ? A l'inverse, lorsque ces valeurs sont exprimées, sont-elles prises en compte comme le préalable formel, formulation incantatoire minimale à l'acceptation du candidat au groupe social des futurs soignants ? Il convient sans doute, dans l'accompagnement préalable des jurys d'entretien des sélections des instituts de formation, de questionner le sens et le réel fondement axiologique de ce qui peut être exprimé par les candidats.

La deuxième propriété des valeurs selon Heinich est que « *sans être véritablement refoulées [...], ni dissimulées [...] elles ne sont pas toutes conscientes aux acteurs ni explicables par eux* ». Bien entendu, il ne s'agit pas d'exclure l'acteur lui-même de la possibilité d'accéder au sens, mais de porter attention à ses logiques d'action, aux espaces de médiation qu'il connaît et qu'il décrit par le prisme de la pragmatique plutôt que par celui des valeurs. Il nous

²⁵⁴ LAMONT, Michèle, BAIL A., Christopher. Sur les frontières de la reconnaissance. Les catégories internes et externes de l'identité collective. *Revue Européenne des Migrations internationales*, février 2005, n°21, p. 66.

semble que cette propriété oblige l'approche communicationnelle de notre recherche à une posture d'investigation compréhensive des valeurs exprimées par les soignants à travers l'activité mise en récit par ces derniers.

La troisième propriété est que *« les valeurs ne sont pas plus « objectives », au sens où elles appartiendraient à l'objet, que « subjectives » au sens où elles ne relèveraient que du regard d'un sujet »*. Cette propriété exprime pleinement la complexité de l'appréhension compréhensive des valeurs. Cette opposition objectivité/subjectivité nous renvoie à la nature même des interprétations réalisées par le chercheur et aux choix qu'il fait en sélectionnant certaines valeurs. Heinich précise, en s'appuyant sur les travaux de Georg Simmel (Simmel, 1997), qu'il s'agit ici d'appréhender les valeurs comme l'espace d'une interaction entre le sujet et l'objet social. Au formalisme moral vient s'opposer la compréhension des valeurs pour une ontologie dynamique, ce qui correspond à notre approche dans cette recherche.

3.2.1. Quel mode d'organisation des valeurs ?

Comme nous l'avons décrit précédemment, lors de la sélection des étudiants infirmiers, la compréhension des valeurs du candidat est l'une des pièces essentielles de la prise de décision des recruteurs. Il en est de même tout au long de la formation dans un processus de professionnalisation où chaque étudiant, confronté à une réalité du soin qu'il n'avait pas toujours imaginée, est conduit à la construction d'un projet professionnel et aussi invité à se questionner sur ses valeurs dans le soin.

La théorie de Milton Rokeach en 1970 propose une interprétation de ce lien très étroit qui existe entre croyances et valeurs, deux termes souvent réduit à une seule réalité. Cette distinction nous semble fondamentale et structurante pour une différenciation entre intentionnalité et réalité. Selon Rokeach, les croyances seraient des valeurs, dont l'une des caractéristiques serait qu'elles peuvent être

« désirables » ou « non-désirables ». Cette dernière caractéristique correspond pour lui aux « valeurs » qu'il définit comme :

« La croyance stable qu'un mode spécifique de conduite ou qu'une visée d'un état particulier de vie est, personnellement ou socialement, préférable au mode de conduite ou à la visée opposée ou inverse. Un système de valeurs, c'est une organisation stable, au long d'un continuum d'importance relative, de croyances portant sur les modes de conduite ou sur les visées d'un état de vie préférables aux autres. »²⁵⁵.

Cette notion de stabilité est celle que nous souhaitons retenir et qui caractérise la notion de croyances (Fischer, 2005). Rokeach répertorie deux grands types de valeurs en fonction de leur structure : les valeurs terminales qui permettraient d'atteindre le but recherché et les valeurs instrumentales qui concerneraient le comportement dans le but d'atteindre les valeurs terminales. A partir de ces deux structures, Rokeach définit trente-six valeurs dans un classement qui aura pour objectif de permettre l'utilisation de tests pour la recherche. Pour cette liste de valeurs, Rokeach s'appuie sur cinq postulats²⁵⁶ :

1. *« Toute personne possède un nombre de valeurs relativement restreint : on peut les estimer. »*
2. *« Tous les hommes, où que ce soit, possèdent les mêmes valeurs à des degrés différents. »*
3. *« Les valeurs sont organisées en systèmes de valeurs. »*
4. *« Les antécédents des valeurs humaines tiennent à la culture, à la personnalité, à la société et à ses institutions. »*

²⁵⁵ DECHONCHY, Jean-Pierre. Milton Rokeach et la notion de dogmatisme. *Archives des sciences sociales des religions*, 1970, vol. 30, n°1, p. 5.

²⁵⁶ DECONCHY, Jean-Pierre. Rokeach (Milton) The nature of Human Values. *Archives des sciences sociales des religions*, 1994, vol. 38, n°1, p. 247.

5. « *Les effets des valeurs humaines se manifestent, au moins virtuellement, dans tous les phénomènes que les chercheurs en sciences sociales sont amenés à considérer.* »

Ces cinq postulats ainsi définis, Rokeach classe les valeurs selon le tableau ci-après :

valeurs terminales	valeurs instrumentales
amitié vraie	gaieté
amour d'âge mûr	ambition
respect de soi	amour
bonheur	propreté
harmonie intérieure	maîtrise de soi
égalité	compétence
liberté	courage
plaisir	politesse
reconnaissance sociale	honnêteté
sagesse	imagination
salut	indépendance
sécurité de la famille	intelligence
sécurité nationale	largeur d'esprit
sentiment d'accomplissement	logique
beauté du monde	obéissance
paix dans le monde	prévenance
vie confortable	responsabilité
vie passionnante	pardon

FIGURE 5 : VALUE SURVEY ROKEACH (RSV) ²⁵⁷

²⁵⁷ ROKEACH, Milton. *La nature des valeurs humaines*. Free Press : New York, 1973.

Pour Jean-Pierre Deconchy, la volonté de Rokeach d'un certain irénisme politique, social et axiologique n'enlève pas la portée fondamentale de sa recherche sur les valeurs. La question de la genèse groupale ou individuelle des valeurs reste posée. Rokeach ne semble pas vouloir trancher, dans un contexte social et politique de l'après-guerre qui confronte le concept *des valeurs* aux notions politico-sociales comme l'égalité et la liberté. Nous ne choisirons pas la méthodologie d'études des valeurs selon Rokeach, mais gardons à l'esprit ce lien qu'il a théorisé entre valeurs et croyances pour délimiter ces deux notions dans notre travail d'analyse.

3.2.2. La structuration du soin par les valeurs

C'est à partir des travaux de recherche de Shalom H. Schwartz que peut être faite une lecture communicationnelle des valeurs. La théorie de Schwartz, qui peut apparaître d'une grande simplicité, révèle des particularités adaptées au travail sur le soin. Schwartz reprend les travaux de Rokeach mais également de précurseurs comme Allport, Vernon et Lindzey qui en 1960 publient une classification des valeurs²⁵⁸ :

- valeurs théoriques (recherche de vérité de savoir)
- valeurs économiques (recherche de ce qui est utile)
- valeurs esthétiques (sensibilité à la beauté, la symétrie et l'harmonie)
- valeurs sociales (sympathie, altruisme, philanthropie)
- valeurs politiques (goût du pouvoir et de la compétition)
- valeurs religieuses (voire mystiques)

Si pour Rokeach l'une des sources des valeurs est culturelle, pour Schwartz l'origine des valeurs se trouve dans : « *les besoins individuels et les*

²⁵⁸ MORCHAIN, Pascal. *Psychologie sociale des valeurs*. Dunod : Paris, 2009, p. 20.

tempéraments innés, les expériences particulières des individus (comme un accident, un deuil, une migration) et les expériences sociales dûes à une position dans la structure sociale par l'âge, le genre et la situation socioprofessionnelle »²⁵⁹. Tania Ogay, dans son travail de synthèse sur les valeurs des sociétés et des individus, précise que la question qui anime les chercheurs sur la source des valeurs est la connaissance de leur nature individuelle et/ou sociale. Si Schwartz ne tranche pas ce débat, il reconnaît qu'il existe une différence entre valeurs individuelles et valeurs sociales ou culturelles.

Qu'apporte la théorie de Schwartz dans notre approche communicationnelle et quels écarts ou points de convergence pouvons-nous retenir à partir des six caractéristiques qu'il a définies ? ²⁶⁰

- **Les valeurs sont associées de manière indissociable aux affects.**

Quand les valeurs sont *activées*, elles se combinent aux sentiments. C'est ainsi par exemple que les personnes pour qui *l'indépendance* est une valeur importante sont en état d'alerte si leur indépendance est menacée. Elles sont désespérées quand elles ne parviennent pas à la préserver et heureuses quand elles peuvent l'exercer.

Sur ce point, il nous semble que pour le soin, les valeurs sont effectivement liées aux affects. De ce fait, elles ont une certaine mobilité au gré des situations vécues et des incidents critiques de la vie professionnelle, au contraire des croyances qui, comme nous l'avons évoqué, sont caractérisées par un arrêt de cette mobilité vers une forme de certitude peu ouverte au débat. Le lien entre valeur et sentiment nous semble tout à fait pertinent dans l'espace du soin.

²⁵⁹ OGAY, Tania. Valeurs des sociétés et des individus, un état des lieux des modèles en psychologie interculturelle. *Les cahiers internationaux de Psychologie Sociale*, 2004, n°61, p. 8.

²⁶⁰ Nous reprenons *in extenso* le texte de Shalom H. Schwartz tant il nous paraît essentiel de faire apparaître les détails de chacune des caractéristiques dans leur intégralité et leur précision. SCHWARTZ, Shalom H. Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie*, avril 2006, vol. 47, p. 931.

- **Les valeurs ont trait à des objectifs désirables** qui motivent l'action. Ainsi, les personnes pour qui l'ordre social, la justice et la bienfaisance sont des valeurs importantes seraient motivées pour agir en conséquence afin de poursuivre ces objectifs. Cette caractéristique reliée au désir, rattache la valeur aux situations que l'acteur souhaite vivre et à ce qu'il pense devoir être pour y parvenir.
La valeur se traduit en acte ce qui, dans le domaine du soin, implique qu'elle soit visible dans l'activité ou dans les moyens mis en place pour atteindre l'objectif visé.
- **Les valeurs transcendent les actions et les situations spécifiques.** L'obéissance et l'honnêteté sont des valeurs qui peuvent être pertinentes dans de nombreux domaines comme : le travail, la pratique d'un sport, la politique, la famille... Cette caractéristique permet de distinguer les valeurs de concepts plus restreints comme les normes ou les attitudes, qui ont généralement trait à des actions, des objets ou des situations particulières. Le soin est une activité où les normes ont une grande place. On peut ainsi différencier ce qui relève de l'activité de ce qui appartient au champ des valeurs de l'individu. De même, cette caractéristique justifie que lors de l'entretien de sélection en institut, d'autres domaines que celui de la santé soient investigués pour percevoir si les valeurs du candidat se retrouvent dans d'autres domaines que celui du soin.
- **Les valeurs servent d'étalon ou de critères.** Les valeurs guident l'évaluation des actions, des politiques, des personnes et des événements. L'individu décide de ce qui est bon ou mauvais, justifié ou illégitime, de ce qui vaut la peine d'être fait ou de ce qui doit être évité en fonction de l'adéquation avec les valeurs. Mais l'impact des valeurs sur les décisions de tous les jours est rarement conscient. Il le devient quand les actions ou les jugements envisagés conduisent à des conflits entre les différentes valeurs de l'individu.

Cette dimension permet d'être attentif aux valeurs exprimées par les soignants, en particulier au moment d'un incident critique, mais également celles non formulées qui guident la conduite des individus.

- **Les valeurs sont classées par ordre d'importance** les unes par rapport aux autres. Cette hiérarchie est propre à chaque individu. La hiérarchisation des valeurs permet de les distinguer de postures décidées à partir d'obligations sociales.

Cet *ordre de priorité* semble particulièrement important pour notre sujet. En effet, notre approche compréhensive de l'activité de soin doit nous permettre de hiérarchiser les valeurs en fonction de la place attribuée par l'acteur dans le récit de la situation vécue.

- **L'importance relative de multiples valeurs guide l'action.** Toute attitude, tout comportement, implique nécessairement plus d'une valeur. L'arbitrage entre des valeurs pertinentes et rivales est ce qui guide les attitudes et les comportements (Schwartz, 1992,1996). Les valeurs contribuent à l'action dans la mesure où elles sont pertinentes dans le contexte (donc susceptibles d'être activées) et importantes pour celui qui agit.

Ce point confirme la difficulté du repérage des valeurs dans une situation. C'est d'autant plus important dans le soin que les modes de lecture de l'activité sont multiples et peuvent concourir à des interprétations différentes.

Ces caractéristiques ont une qualité d'universalité, ce qui fait l'originalité et la spécificité de la pensée de Schwartz. Toutes les valeurs seraient construites à partir de ces six éléments et distinguées entre-elles, par « *le type d'objectif ou de*

*motivation que la valeur exprime »*²⁶¹. Schwartz associe les valeurs à trois nécessités de l'existence humaine : « *satisfaire les besoins biologiques des individus, permettre l'interaction sociale et assurer le bon fonctionnement et la survie des groupes »*²⁶².

Les valeurs interviennent dans des situations d'échanges, de travail en équipe, de prise en charge de personnes malades, de construction du cadre soignant. A partir de ce constat, il nous semble que le modèle proposé par Schwartz peut permettre de tester les hypothèses que nous proposerons en réponse à notre problématique. Nous le ferons à partir du schéma des valeurs suivant²⁶³ :

²⁶¹ SCHWARTZ, Shalom H. Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie*. Avril 2006, vol. 47, p. 932.

²⁶² *Ibid.*

²⁶³ *Ibid.*, p. 964.

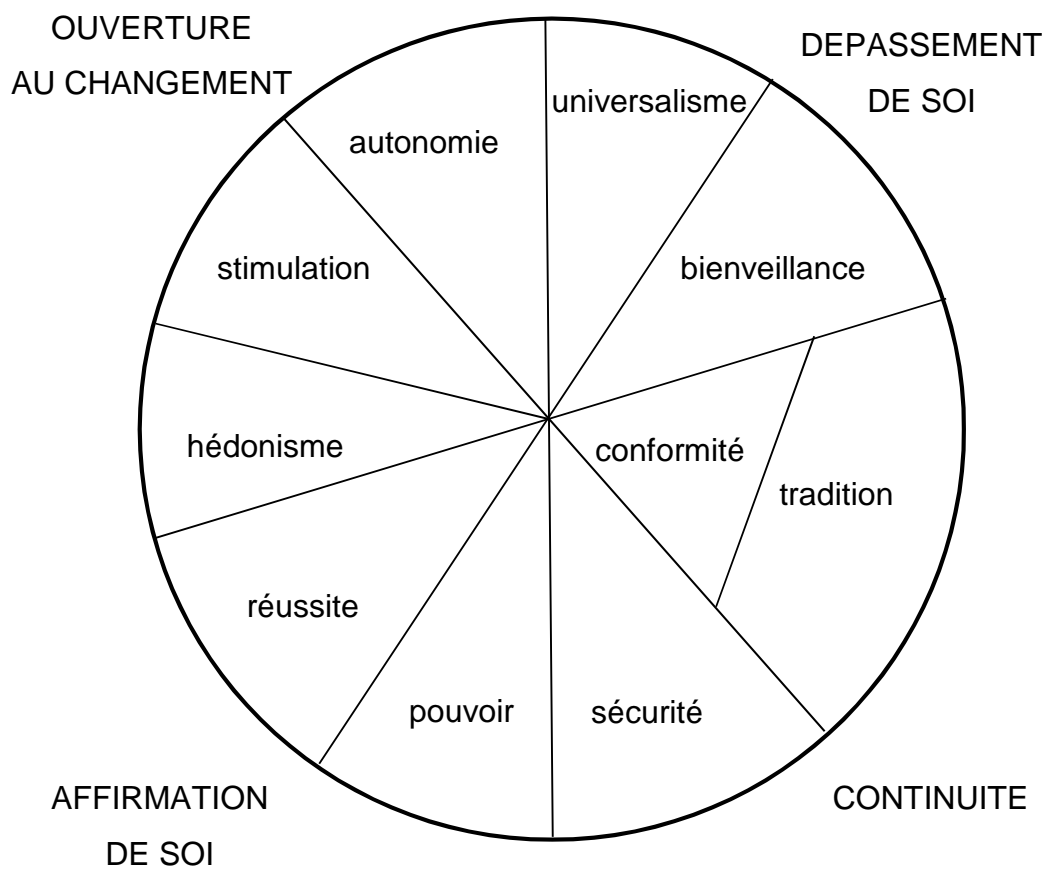


FIGURE 6 : MODELE THEORIQUE DES RELATIONS ENTRE LES DIX VALEURS DE BASE
SELON SHALOM H. SCWARTZ

Cette figure circulaire représente un *continuum* et, dans un même temps, une structuration des valeurs entre antagonisme et compatibilité. En effet, deux axes traversent l'arbre des valeurs : d'une part *l'affirmation de soi vs le dépassement de soi* et d'autre part *la continuité vs l'ouverture au changement*. C'est une manière de révéler les conflits qui peuvent exister entre deux valeurs comme *l'autonomie et la sécurité* et les compatibilités, comme *la réussite et le pouvoir*.

Schwartz reconnaît lui-même que le choix de ces deux niveaux de lecture est « *une commodité arbitraire* »²⁶⁴. Toutefois, la représentation circulaire présente l'intérêt d'exprimer les liens importants qui existent entre les différentes valeurs.

Le modèle de Schwartz accorde une place importante à l'organisation des valeurs dans la mesure où elles guident et donnent du sens à l'action. Dans la perspective d'une analyse axiologique des pratiques du soin, cet aspect de la théorie de Schwartz constitue ainsi un appui important pour notre recherche.

3.2.3. Représentations et valeurs : au cœur des significations liées à la pratique du soin

Serge Moscovici définit en 1961 la représentation sociale²⁶⁵ comme « *un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement la stabilisation des cadres de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaboration des réponses* ». Moscovici présente ici les valeurs comme intimement liées au concept des représentations sociales pour venir structurer la relation d'un individu à son monde social en lui permettant les échanges et les relations. Appliquée à la pratique du soin, cette conception permet au soignant de comprendre le contexte interactionnel dans lequel il intervient et agit dans un cadre social reconnu.

Et si, pour Moscovici, l'une des caractéristiques de l'Homme est la conscience de l'impermanence de l'individu, on retrouve dans ses travaux la nécessité de la prise en compte des conflits et des valeurs comme socle des rapports sociaux. L'homme s'inscrit dans une société et les rapports qu'il entretient avec les autres acteurs se construisent en se hiérarchisant. Si pour l'individu la prise de

²⁶⁴ SCHWARTZ, Shalom H. Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie*. Avril 2006, vol. 47, p. 938.

²⁶⁵ Nous avons abordé les représentations sociales dans la partie I, sous-chapitre 3.1.3. : « Les représentations du corps : migrations conceptuelles ».

conscience de ses valeurs l'aide sur « *le champ miné par des milliers d'affects, valeurs et passions* »²⁶⁶, son insertion dans le monde social « *marche d'autant mieux que ses actes, ses valeurs et ses pratiques sont plus fortement organisés* »²⁶⁷. Ce rapport des valeurs au social questionne également l'identité du soignant en référence à son groupe d'appartenance et à l'enjeu de la reconnaissance des modèles de fonctionnement de l'interaction pratiqués dans ce même groupe (Lipiansky, 1993). Le soin pourrait alors être décrypté comme une *micro-société* fonctionnant sur ces mêmes principes.

L'attitude sociale de l'Homme est sous-tendue par la présence des valeurs sociales de l'individu ou du groupe (Fischer, 2005). Bien que la notion dichotomisée d'individu et de groupe soit en débat, Gustave-Nicolas Fischer propose que les valeurs soient appréhendées par leur fonction d'organisation entre l'individu et son milieu. L'attitude de l'individu désignerait « *un état d'esprit [...] à l'égard d'une valeur sociale* »²⁶⁸, dans un rôle d'ajustement au milieu et d'adaptation au réel. Les valeurs sont l'espace d'élaboration des représentations dans un contexte d'interaction. Fischer, en s'appuyant sur les travaux déjà effectués (Piaget, 1926 ; Moscovici, 1961 ; Herzlich, 1969 ; Jodelet, 1984) avance que le concept de représentation est perçu comme « *une construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personnes, événements, catégories sociales, etc.) et donnant lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales.* »²⁶⁹ Nous retiendrons cette définition car elle donne une place fondatrice à la dynamique de l'interaction et de cette *vision commune*, point de structuration de la représentation sociale.

²⁶⁶ MOSCOVICI, Serge. Nos sociétés biuniques. *Communications*, février 2012, n° 91, p. 102.

²⁶⁷ *Ibid.*, p. 108.

²⁶⁸ FISCHER, Gustave-Nicolas. *La psychologie sociale*. Paris : Seuil, 1997.

²⁶⁹ FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2005, p. 131.

Dans le cadre du soin, cette conception de la représentation offre des perspectives d'analyses individuelles dans un contexte d'interaction sociale.

Facteur essentiel de compréhension de la construction et de l'expression des représentations dans le soin, l'étude des valeurs est un élément qui permet d'appréhender le sens des situations vécues par les soignants. Lorsque la théorie des représentations est utilisée pour une problématique de santé, sa contribution « *vient du fait qu'elle permet une compréhension de la façon dont les personnes tirent des significations de la santé et de la maladie* »²⁷⁰. Au-delà d'un simple constat de la présence de valeurs dans l'univers du soin, les identifier permet de faire apparaître les éléments qui donnent le sens à la réalité pour le soigné et/ou pour le soignant.

3.2.4. Le Service Public de santé, entre valeur d'engagement et valeur de service

C'est au XXe siècle qu'est apparue la formulation des valeurs du Service Public. L'obédience religieuse n'a plus cours et c'est le temps d'affirmer les grands principes qui vont guider les actions de l'Etat. Comme le précise Jacques Chevallier, « *le Service Public français a été érigé en France comme un véritable "mythe"* »²⁷¹. Pour lui, le Service Public est à la fois un terme qui désigne une entité sociale, une notion juridique et un opérateur idéologique. Et en effet, l'idée même d'un Service Public « *est un principe axiologique qui est censé commander la gestion publique, la finalité à laquelle sont tenus de se référer gouvernants et fonctionnaires, la norme dont dépend la légitimité de leur action* »²⁷². C'est le lien entre l'engagement de ceux qui, au service de l'Etat, mènent des actions dont les

²⁷⁰ FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod, 2006, p. 44.

²⁷¹ CHEVALLIER, Jacques. *Le service public*. Paris : Presses Universitaires de France, 2012, p. 3.

²⁷² *Ibid.*, p. 7.

valeurs sont portées par le Service Public et les usagers. C'est l'une « *des questions sensibles autour desquelles se joue la cohésion de la société* »²⁷³.

Aujourd'hui le Service Public Hospitalier est un élément du Service Public de l'Etat et conduit une mission importante pour la société contemporaine : « *soigner le mieux possible tout le monde à tout moment et au meilleur coût* »²⁷⁴. Trois valeurs et principes lui permettent de mener à bien cette mission²⁷⁵ :

- égalité d'accès aux soins pour tous
- permanence de l'accueil
- continuité des soins.

Le contenu singulier des missions du Service Public redéfinies par la loi HPST²⁷⁶, porte en lui ces valeurs et ces principes²⁷⁷ :

- la permanence des soins
- la prise en charge des soins palliatifs
- l'enseignement universitaire et postuniversitaire
- la recherche
- le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers
- la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical ainsi que la recherche dans leurs domaines de compétences
- les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination

²⁷³ CHEVALLIER, Jacques. *Op. cit.*, p. 125.

²⁷⁴ MOLINIE, Éric. *L'hôpital public en France : Bilan et perspectives*. Paris : Conseil économique et Social, 2005, p. 196.

²⁷⁵ STRINGE, Didier. *Le service public Hospitalier*. Paris : Presses Universitaires de France, 2010, p. 4.

²⁷⁶ La loi HPST est abordée dans la partie I, sous-chapitre 1.3.3. : « Vers une nouvelle définition de l'Hôpital, des Patients, de la Santé et des Territoires : la loi HPST du 22 juillet ».

²⁷⁷ STRINGE, Didier. *Op. cit.*, p. 36.

- l'aide médicale urgente conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, les personnes et les services concernés
- la lutte contre l'exclusion sociale en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination
- les actions de santé publique
- la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement
- les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier
- les soins dispensés aux personnes retenues en application du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
- les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Les missions de l'hôpital public sont construites à partir de valeurs que la plupart des soignants qualifient d'*humanistes*. Allant bien au-delà de simples références au soin, ces valeurs « *fondent notre pacte social* »²⁷⁸. Inscrites à l'article 11 du préambule de la Constitution, elles stipulent le droit pour tous à la protection de la santé.²⁷⁹

²⁷⁸ MOLINIE, Éric. *Op. cit.*, p. 42.

²⁷⁹ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

En 2005, le Conseil Economique et Social (CES) a réaffirmé ces valeurs dans un rapport au gouvernement²⁸⁰ dont « *le respect de la dignité de tout individu* » est la première d'entre-elles. Si le mot *respect* peut avoir perdu de sa valeur dans son utilisation courante, le CES érige cette notion comme une valeur du Service Public.

Dans le domaine du soin, le mot respect prend une dimension particulière. En s'appuyant sur sa racine latine *respectus*, le respect désigne l'action de regarder en arrière mais aussi de considérer quelque chose ou quelqu'un²⁸¹. Prendre en soin une personne avec respect serait alors l'action de porter une attention toute particulière à son identité, à sa dignité d'être humain en *regardant en arrière* son histoire de vie de manière holiste et singulière. Le respect englobe de nombreuses notions ou concepts comme la pudeur, l'intimité, la sécurité... qui peuvent être déclinés dans toutes les autres dimensions du soin. Le respect est un cadre général pour les problématiques posées par les acteurs institutionnels. Cette notion ouvre le champ aux deux autres valeurs fondamentales du Service Public que sont « *la non-discrimination* » et « *l'égalité de traitement dûe à chaque citoyen* ».

Ce sont les principes forgés par la protection sociale qui, dès 1945, permettront à ces valeurs égalitaires d'être mises en avant. La non-discrimination s'entend du point de vue des origines, des croyances et des opinions. L'égalité de traitement est un droit pour tout individu à être soigné dans les meilleures conditions quelles que soient ses capacités physiques ou morales et quels que soient ses revenus. Tous les citoyens sont égaux face au Service Public et particulièrement lorsqu'ils ont un besoin en soin, une nécessité de prise en

²⁸⁰ D'après l'ordonnance du 29 décembre 1958 relative au Conseil économique et social : « *Le conseil économique et social est une assemblée constitutionnelle consultative placée auprès des pouvoirs publics. Par la représentation des principales activités économiques et sociales, le Conseil favorise la collaboration des différentes catégories professionnelles entre elles et assure leur participation à la politique économique et sociale du gouvernement. Il examine et suggère les adaptations économiques ou sociales rendues nécessaires notamment par les techniques nouvelles.* ».

²⁸¹ GAFFIOT, Félix. *Dictionnaire latin-français*. Paris : Hachette, 1934, p. 1352.

charge médicale. L'institution se doit d'utiliser tous les moyens possibles pour répondre à leurs demandes, tant sur le plan des techniques thérapeutiques que de la mobilisation de personnel, de l'accueil...

Le Service Public lutte contre l'exclusion sous toutes ses formes, il se veut exempt de toute discrimination. La tradition d'une charité²⁸² envers les plus pauvres se mêle au souffle égalitaire républicain tiré de la devise révolutionnaire. Le Service Public est ouvert à tous et chacun peut bénéficier du soin le plus adapté à sa pathologie.

Ces valeurs sont d'autant plus importantes que la continuité des soins doit être assurée par le Service Public. Chaque fonctionnaire sait qu'il ne peut laisser son poste vacant. Les équipes de nuit sont relayées par les équipes de jour, le ballet des soignants est permanent, les plannings s'enchaînent sans qu'aucune vacance ne puisse exister. La permanence des soins assure à l'ensemble des citoyens la possibilité d'une prise en charge sans faille. Comme le précise Molinié : « *lieu de soins, l'hôpital public joue donc bien aussi un rôle de lien social, fondé sur la valeur très ancienne de la solidarité, se référant à la charité qui fut la valeur fondatrice du soin quel que soit le lieu ou le mode de mise en œuvre* »²⁸³.

Face aux plans, discours officiels, rapports et réformes, les soignants adoptent une attitude active. En effet, une enquête de la direction de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) a démontré que pour ses agents, « *leur fierté d'appartenir à l'hôpital public tient à la fois à “ la relation désintéressée au malade ” et à “ l'attention aux plus démunis ”* »²⁸⁴. Les soignants véhiculent ainsi,

²⁸² Nous avons abordé la dimension de la charité dans l'histoire des pratiques soignantes dans la partie I, sous-chapitre 1.2.3. : « Le soin au service de la vertu : une vision sensible de la relation ».

²⁸³ MOLINIE, Éric. *L'hôpital public en France : Bilan et perspectives*. Paris : Conseil économique et Social, 2005, p. 43.

²⁸⁴ *Ibid.*, p. 43.

les valeurs du Service Public comme autant de balises dans leurs actions quotidiennes.

L'institution hospitalière prend une place importante dans l'organisation des valeurs du Service Public. Pièce centrale de l'offre de soin sur tout le territoire, elle est un enjeu majeur des combats syndicaux et politiques. « Touche pas à mon hôpital » criaient les infirmiers lors des dernières manifestations contre la loi HPST, slogan révélateur que *leur* hôpital ne représente pas simplement le lieu d'un exercice professionnel ou la stricte appartenance à un groupe corporatif. Les messages répétés concernant les *valeurs de l'institution* n'ont-ils pas entraînés auprès des soignants une sorte de métabolisation des principales valeurs institutionnelles ?

Dès lors, les infirmiers libéraux seraient-ils *libres* de toute filiation institutionnelle ? Leur *liberté* n'est possible qu'après 3200 heures de travail, soit vingt-quatre mois pour un *équivalent temps plein* « *au sein d'un service organisé* »²⁸⁵. C'est la nécessité d'une expérience minimum que le législateur a souhaité formaliser. Il souligne que ce préalable à l'installation libérale doit être réalisé en équipe de soins. Ces deux ans au service de l'institution viennent naturellement orienter la future pratique soignante libérale, tant sur le plan des savoirs expérientiels que sur celui des *philosophies* et *concepts du soin*.

Chaque institution de soins inscrit donc au fronton de son établissement les valeurs qu'elle porte et que chaque fonctionnaire doit appliquer. A l'ère de la vitrine virtuelle, on retrouve très souvent cette dimension axiologique sur le portail web de l'hôpital, de la clinique, du centre de soins... Les internautes peuvent prendre connaissance du projet d'établissement, du projet social, du projet de

²⁸⁵ Arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à régir les rapports entre les infirmières et les infirmiers libéraux et les organismes d'assurance maladie. JORF n°170 du 25 juillet 2007, page 12511, texte n° 33.

soins infirmiers, du projet médical ou de toute autre orientation que choisie par l'institution.

Marie-Joëlle, cadre infirmier dans un centre hospitalier universitaire, évoquait ainsi lors d'une réunion d'équipe : « *l'attitude à adopter face aux décisions de l'équipe de direction : se soumettre ou se démettre* ». Au sein de certains établissements, cette demande d'adhésion est explicite par la création d'une charte qui formalise les règles soumises à l'approbation de toutes les personnes de l'institution qui s'engagent à les appliquer. A titre d'exemple, relevons quelques passages de l'une de ces chartes²⁸⁶ dans laquelle apparaît clairement le fait que l'adhésion aux principes est un préalable qui ne peut être négocié : « *l'adhésion des professionnels du CHU à une vision commune de l'établissement répondant à des valeurs qui fondent l'identité particulière de notre CHU est une exigence* ». Dans le corps du texte se retrouvent hiérarchisées par un numéro d'ordre les valeurs de l'institution : « *égalité, respect, sécurité, exemplarité, courage* ». Des attitudes, des comportements sont attendus comme « *l'anticipation, la réactivité, l'adaptation, la recherche de sécurité de l'emploi, l'information, la mobilité [...]* » Le site internet de l'institution complète cette charte en évoquant « *un socle de valeurs* » : *humanisme, liberté, équité et courage*.

Les valeurs sont ainsi très présentes dans le monde du soin et se retrouvent dans l'activité quotidienne des soignants. Si effectivement à l'occasion d'une tâche critique ou d'une problématique rencontrée, les valeurs sont questionnées, il n'en demeure pas moins que les professionnels comme les étudiants s'y réfèrent fréquemment pour interroger leur pratique et leur posture.

²⁸⁶ <<http://www.chu-dijon.fr/documents/fck/file/contenu%20livret%20PE.pdf>> (consulté le 30/10/13).

3.3. Distance relationnelle et médiation thérapeutique

La métaphore théâtrale de Goffman nous rappelle que « *les acteurs et leur public ne partent pas de rien pour produire leur représentation et son interprétation : ils mettent en scène, en les idéalisant, les valeurs communément associées à certaines positions sociales* »²⁸⁷. Goffman éclaire, dans le cadre de notre recherche, le rôle joué par l'infirmière en tant que professionnelle du soin, idéalisant le rôle qui est attendu socialement d'elle. Pour Nizet, la conception de « *la distance au rôle* » introduite par Goffman questionne l'adhésion ou de mise à distance du rôle par l'acteur (Goffman, 1961). En situation de soin, le soignant met en place ces deux mécanismes, pour en faire bénéficier le patient (adhésion) ou pour se protéger lorsque les situations de soins sont pour lui trop difficiles ou trop impliquantes (mise à distance). Quelle est la nature de cette distance dans la relation de soin et dans quelle mesure le soin fait-il médiation dans l'interaction soignant/soigné ?

3.3.1. Relation DE soin et relation AU soin

L'attention portée à la relation n'est pas considérée comme prioritaire dans le monde du soin. Elle n'est pas absente mais est souvent considérée comme au service du soin technique, pour le rendre plus efficace et plus opérationnel. Pourtant, la relation de soin est « *un axe central du travail infirmier* »²⁸⁸ qui fait de la pratique soignante une expérience si particulière... C'est le constat de Monique Formarier qui contribue à mettre en avant la relation de soin dans un univers médicalisé et technicisé. Les soignants eux-mêmes, ne souhaitent pas être

²⁸⁷ NIZET, Jean, RIGAUX, Natalie. *La sociologie de Erving Goffman*. Paris : La Découverte, 2005, p. 21.

²⁸⁸ FORMARIER, Monique. L'apport des sciences infirmières aux sciences humaines. *Recherche en Soins Infirmiers*, juin 2007, n°89, p. 3.

réduits à des utilisateurs de technologies de soins, fussent-elles au service du bien-être du patient.

Dominique Bourgeon se demande, dans son étude sur le rapport entre le don et la relation de soin, s'il existe plusieurs formes de relation de soin²⁸⁹. La sociologue fait le constat que bien souvent la relation de soin est étudiée par le biais du rapport médecin/patient et que la relation soignant/soigné n'est sans doute pas différente : « *le statut du soignant ne bouleverse pas profondément la nature de la relation* »²⁹⁰. Toutefois, nous ferons la différence entre ces deux types de relations de soin, partant d'un postulat Goffmanien que *toute relation crée de l'ordre social* et qu'à ce titre, le statut, l'identité, la fonction interagissent dans cet *ordre social* du soin. Infirmier et médecin n'ont ni le même rôle, ni les mêmes attendus sociaux et la relation où ils interagissent s'en trouve donc modifiée.

La relation médicale prend en compte la décision clinique, le choix thérapeutique, l'orientation de la prise en charge et la prescription ; le savoir médical vient médier un acte de soin destiné à poursuivre l'objectif de guérison du patient. C'est pourquoi dans ce travail nous avons souhaité distinguer cette *relation médicale* de celle de notre objet de recherche. Pour ce faire, nous privilégions le terme *soignant* pour différencier relation thérapeutique et relation de soin. Pour notre recherche, le soignant est la plupart du temps étudiant infirmier ou infirmier, sans exclure toutefois la part soignante de l'activité du médecin, de l'aide-soignant ou de tout autre intervenant dans ce champ disciplinaire. Cette distinction permet d'appréhender la relation soignante comme une activité spécifique, au-delà de la seule activité réalisée par *l'auxiliaire médical(e)* complémentaire à la relation

²⁸⁹ BOURGEON, Dominique. Le Don et la relation de soin : historique et perspectives... *Recherche en Soins infirmiers*, juin 2007, n°89, p. 7.

²⁹⁰ *Ibid.*, p. 5.

thérapeutique. Ce travail de thèse souhaite ainsi prendre appui sur l'acteur qui, au quotidien, prodigue du soin à la personne.²⁹¹

A ce point de notre réflexion, deux notions se dessinent : la relation DE soin et la relation AU soin. La relation DE soin est un espace d'engagement que le soignant construit entre lui-même et le patient. La relation AU soin est un positionnement personnel, professionnel, scientifique... que le soignant adopte au regard d'une relation qu'il établit, grâce à la médiation, aux représentations et aux valeurs qui fondent son intervention.

Pour René Girard la médiation est liée au désir. Dans son ouvrage « Mensonge romantique et vérité romanesque », il élabore l'idée principale selon laquelle les désirs ne sont pas des éléments qui viennent de soi mais qu'ils sont le fruit du désir des autres²⁹² ; Chacun voyant ses propres désirs comme le fruit d'une volonté ou d'un besoin, ils n'ont de réalité que parce qu'ils sont portés, identifiés par autrui : le médiateur. Lorsque le désir est assouvi, il fait place au vide et à un à un autre désir.

René Girard distingue deux types de médiation. Une forme « externe », lorsque le médiateur n'agit pas à l'égal de celui qui désire : il n'y a là aucune rivalité entre la personne et le médiateur mais imitation de l'Autre. La deuxième forme est « interne » et entraîne, pour la personne, l'envie de posséder le même désir que celui de l'Autre, pouvant alors le pousser de l'amour à la haine, de l'attachement et la destruction. L'Autre devient accessible et, à ce titre, le désir peut se satisfaire. Pour René Girard « *Le médiateur est imaginaire, la médiation ne l'est pas* »²⁹³. Cette dimension philosophique de la médiation questionne bien au-delà d'une simple définition de structure. Dans le contexte du soin, cette conception

²⁹¹ Dans la partie I, sous-chapitre 1.2.1. : « Le soin et le sacré : des chemins parallèles », nous avons abordé la perspective historique du métier d'infirmier et les liens particuliers qui se sont tissés avec la profession médicale.

²⁹² GIRARD, René. *Mensonge romantique et vérité romanesque*. Paris : Hachette, 2008, p. 31.

²⁹³ *Ibid.*, p. 33.

de la médiation interroge sur ce que le soignant désire de la relation, sur ce que son engagement exprime de son désir d'être à l'Autre.

3.3.2. La distance à l'Autre : un espace sensoriel

Ce n'est pas parce qu'un concept est reconnu par tous qu'il en devient obsolète. Il est vrai que depuis 1974, de nombreuses générations d'étudiants en institut de formation infirmier ont étudié la *proxémie*, concept de la perception culturelle de l'espace créé par Edward T. Hall qui pensait pouvoir lire la culture comme une partition musicale posant ainsi les jalons d'un nouveau décodage de la communication. La conception proxémique des distances est abordée dans les premières semaines de formation infirmière comme ouverture de la relation de soin à une dimension communicationnelle bien souvent inédite pour les nouveaux étudiants.

Déjà, au sein de l'école de Palo Alto et du « projet Bateson » sur l'étude du « *rôle des paradoxes de l'abstraction dans la communication* »²⁹⁴, Hall ouvre le champ d'une réflexion sur le langage. Mais c'est la proxémie qui reste son apport majeur à la compréhension de l'Homme dans l'espace de la communication : « *Le terme de " proxémie " est un néologisme que j'ai créé pour désigner l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique.* »²⁹⁵. Yves Winkin rappelle cependant que des chercheurs, comme Birdwhistell, se sont éloignés de cet « *enthousiasme naïf de Hall* »²⁹⁶ qui imaginait que « la culture est communication ».

²⁹⁴ SERON, Claude, WITTEZAELE, Jean-Jacques. *Aide ou contrôle : L'intervention thérapeutique sous contrainte*. Bruxelles : éditions De Boeck et Larcier S. A., 2009, p. 94.

²⁹⁵ HALL, Edward, Twitchell. *La dimension cachée*. Paris : Editions du Seuil, 1971, p. 13.

²⁹⁶ WINKIN, Yves. *Anthropologie de la communication : De la théorie au terrain*. Bruxelles : Editions De Boeck et Larcier S. A., 1996, p. 78.

Nous retiendrons toutefois le lien entre distance et sensorialité développé par Hall comme lecture de la problématique de la distance dans le soin : « *La constance des distances chez l'homme est le résultat de modifications sensorielles.* ». A partir de ce constat, Hall définit quatre distances dont les deux premières éclairent tout particulièrement notre travail de recherche²⁹⁷ :

- La distance intime se situe là où *la présence de l'Autre s'impose* dans une relation *d'engagement avec un autre corps*. On retrouve cette distance comme lors de *l'acte sexuel et de la lutte* ou lorsque l'on *réconforte et protège*. C'est cette dimension qui est particulièrement prégnante pour le soin sur les plans sensible et symbolique. Si cette distance s'arrête au corps pour Hall, elle pourrait s'étendre plus loin que l'intime, à l'intérieur même du corps lorsque l'acte de soin pénètre les frontières de l'enveloppe corporelle, comme par exemple lors de l'extraction de selles auprès d'un patient tétraplégique ou de la mise en place d'un cathéter veineux.
- La distance personnelle *désigne la distance fixe qui sépare les membres des espèces sans contact*. C'est la distance *pour s'isoler des autres*. Dans l'institution de soin, la distance personnelle est souvent mise à mal. L'organisation institutionnelle du soin prime souvent sur le respect de la distance personnelle par nécessité thérapeutique ou par routine de l'organisation. Il en va ainsi lors de l'obligation d'un partage de chambre avec un autre patient, de l'irruption d'une équipe médicale pour la *grande visite* du chef de service, de la rencontre avec un proche interrompue pour la réalisation d'un soin...
- La distance sociale pourrait se définir comme *la limite du pouvoir sur autrui*. Ainsi, dans une action de santé publique, une infirmière en lycée

²⁹⁷ HALL, Edward, Twitchell. *Op. cit.*, p. 143. Les références aux différentes distances sont tirées du présent ouvrage.

chargée d'une intervention de prévention contre le tabac doit prendre en compte cette dimension pour établir les objectifs de sa séquence.

- La distance publique se situe « *hors du cercle où l'individu est directement concerné* ». Dans le soin cette distance est pertinente lorsqu'il s'agit d'appréhender la dimension institutionnelle du soin.

Il ne convient pas d'utiliser ce modèle comme un cadre contraint pour une lecture unique de la relation. Hall le disait lui-même en alertant sur le risque d'appliquer des « moules » culturels. La proxémie questionne des éléments essentiels du soin et si, pour notre recherche, la dimension intime et personnelle est particulièrement importante, c'est que sa prise en compte fait apparaître l'importance de la dimension sensible et symbolique dans la relation de soin, dans « *l'expérience de la présence de l'autre* »²⁹⁸.

3.3.3. Théorie et pratique de la médiation du soin

Cette *présence de l'Autre* dans la relation nous invite à comprendre comment la médiation du soin peut produire du sens dans une pratique soignante. La médiation devient thérapeutique dans la mesure où elle prend appui sur une théorisation et une conceptualisation formalisée, une posture soignante définie au préalable et une inscription dans un cadre institutionnel reconnu. Nous en dessinerons les contours afin de faire apparaître les articulations entre activité de soin et dispositif communicationnel. Théorie et pratique sont ici intimement liées.

La médiation thérapeutique s'inscrit dans une approche théorique utilisée dans de nombreux domaines dont le soin à la personne âgée, le soin auprès de personnes souffrant d'une problématique de santé mentale ou la prise en charge de patients dans des services spécialisés. Inscrit dans une dimension de

²⁹⁸ VINIT, Florence. *Le toucher qui guérit. Du soin à la communication*. Paris : Belin, 2007, p. 33.

l'interaction, les travaux de René Kaës ont permis d'en dégager les fondements et les constantes.

Pour chacune de ces constantes, nous illustrerons le lien entre théorie et pratique par une vignette clinique collectée auprès de professionnels dans des services de soins.²⁹⁹

Les constantes de la médiation à travers une analyse de cas³⁰⁰.

1. « *Toute médiation interpose et rétablit un lien entre la force et le sens, entre violence pulsionnelle et une figuration qui ouvre la voie vers la parole et vers l'échange symbolique.* »

Le sentiment d'une pensée douloureuse, d'une pensée toute puissante, d'une pulsionnalité libératrice... annihilent une partie de la capacité du patient à donner sens aux événements qu'il rencontre. De nombreux éléments viennent fragiliser une identité en perpétuel mouvement. La médiation, dans son statut intermédiaire peut initier la parole, absorbant les conflits internes du patient et laissant le champ libre à l'imagination, à l'échange et au partage. Cet aspect est à prendre en compte dans un contexte soignant qui place bien souvent l'acte au centre de la relation.

A 79 ans, Mme Jeannine P. souffre d'une maladie d'Alzheimer et vit dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Elle participe chaque semaine à une activité *écriture*. Avec d'autres résidents, ce *groupe à médiation*³⁰¹ lui offre le cadre d'une possibilité d'expression et d'échange. Cet espace où la parole est contenue lui ouvre une *figuration*, une mise en image de son espace psychique dans la limite de ses capacités. Alors

²⁹⁹ Afin de préserver la confidentialité des exemples proposés, les noms et prénoms ont été modifiés et les pathologies décrites succinctement.

³⁰⁰ KAËS, René. *Le Malêtre*. Paris : Dunod, 2012, p. 164.

³⁰¹ L'appellation *groupe à médiation* est utilisée dans les services pour désigner l'organisation d'une activité thérapeutique, en groupe, et à partir d'une médiation (écriture, poterie, chant...).

qu'elle ne parlait plus, elle communique aujourd'hui verbalement, exclusivement lors de l'activité de soin.

2. « *Toute médiation implique une représentation de l'origine ou renvoie à une scène des origines, à une figuration de la conjonction et de la disjonction.* »

La médiation est constituée autour de règles, de principes et d'espaces interpersonnels. Elle recrée les conditions d'une scène, d'un cadre socialement reconnaissable, tout en permettant d'aller au-delà des conséquences de sa transgression. On peut envisager qu'il s'agit de ce que Erving Goffman avait précisé en empruntant les termes de *règles substantielles* décrites par Durkheim : « *Elles sont des règles qui guident la conduite quant aux affaires que l'on estime importantes par elles-mêmes, indépendamment des conséquences que peuvent entraîner l'infraction ou le respect.* »³⁰². Dans l'espace de la médiation, les enjeux se limitent au groupe et le soignant en est garant. Le patient peut se donner la possibilité d'une régression sur laquelle pourront se construire de nouveaux liens, de nouvelles interprétations, de nouvelles représentations du monde. C'est au soignant présent de permettre l'expérimentation de cette nouvelle organisation.

Chaque semaine, Françoise arrive souriante et très « *contente de venir à la relaxation* ». C'est ainsi qu'elle appelle la séance de médiation proposée par le centre de jour. Accueillie par l'équipe, elle se dirige d'abord vers une petite salle spécialement aménagée où une table de massage est recouverte d'un drap de bain, la lumière tamisée et les couleurs chaudes et coordonnées. Le seul mouvement perceptible est celui de la flamme d'une bougie parfumée. Françoise a 74 ans et vient au centre depuis plusieurs années. C'est la perte de son mari qui, dit-elle, « *l'avait fait sombrer dans la dépression* ». Aujourd'hui Françoise

³⁰² GOFFMAN, Erving. *Les rites d'interaction*. Paris : Editions de Minuit, 1974, p. 48.

s'occupe de ses petits-enfants et se dit « *de nouveau heureuse* ». Elle s'habille avec élégance et reste très attentive à sa présentation (maquillage, coiffure).

A chacune de ses hospitalisations de jour, un massage lui est proposé. Durant toute la séance, Françoise pleure jusqu'au sanglot. Le soignant confie « *au début je ne comprenais pas, maintenant je sais qu'en fait Françoise est apaisée. Contrainte dans un espace limité, elle se permet de lâcher-prise comme un tout petit dans les bras de sa maman* ». Françoise expérimente sans doute ce que Winnicott appelait « la capacité à être seul ». Il y a toujours pour elle « [...] *quelqu'un de présent, quelqu'un qui en fin de compte et inconsciemment, est assimilé à la mère, celle qui, durant les premiers jours et les premières semaines, s'était identifiée temporairement à son petit enfant et pour laquelle rien ne comptait d'autre, au cours de cette période, que les soins à lui apporter* ».

3. « *Toute médiation s'inscrit dans une problématique des limites, des frontières et des démarcations, des filtres et des passages.* »

René Kaës nous donne à voir la médiation comme permettant la confrontation de l'identité de l'individu à son rapport au monde, monde de la pensée et de la culture. Et à ce titre la médiation est la représentation métaphorique de l'expérience de création d'une culture. Ce qui est en dehors de la médiation ne lui appartient pas, ce qui est en dedans ne peut lui être extrait sans la dénaturer. La médiation vient donc comme un filtre permettant les échanges entre le dedans et le dehors pour leur donner sens. La médiation n'existe que parce qu'elle est ce lieu de la confrontation des limites et des sources de conflits. Elle questionne les identités, les représentations, les espaces psychiques, les cultures... S'il existe des lignes et des frontières en matière de relation, elles le sont dans la logique propre des acteurs concernés. La médiation permet le mouvement et l'approche compréhensive de soi au travers du regard des autres.

Sophie a 14 ans. D'un milieu socioculturel très défavorisé, la violence physique est pour elle l'un des seuls moyens de sentir ses propres limites. Elle participe une fois par semaine à une médiation appelée *Constructions*. Pendant toute la

durée de la médiation, tout en fabriquant de petites réalisations avec des jeux de construction, Sophie bénéficie d'un espace où sa violence et sa haine des autres peuvent être entendues. Il devient possible de parler tandis que les mains travaillent. Il y a sans cesse un va-et-vient entre l'expression d'une grande agressivité sur l'extérieur ou sur les soignants et cette joie d'une construction figurative de petits engins, ramenant à ce besoin impérieux de construction intérieure d'un Moi sans doute précaire. A la fin de chaque séance, Sophie prend soin de ne pas détruire les objets construits et montre un certain plaisir la semaine suivante à retrouver ces ou ses objets, comme pour expérimenter que la relation construite a tenu dans le temps. Sa première activité est alors de démonter ses réalisations pour en construire de nouvelles.

4. *« Toute médiation s'oppose à l'immédiat, dans l'espace et dans le temps. La médiation est une sortie de la confusion des origines. »*

Cette constante est particulièrement riche pour comprendre la médiation thérapeutique dans le champ de la communication. L'immédiateté, au sens étymologique du terme, est ce qui ne comprend pas de médiation. Ce qui est immédiat n'a pas d'intermédiaire. La géographie de la communication, décrite par Bernard Lamizet, comprend en elle un espace de communication intersubjectif, celui de l'échange *« qui révèle une sorte d'immédiateté »*. Il précise que c'est dans cet espace *« que je rencontre l'autre, je peux le décrire et le représenter, en le distanciant, dans mes paroles, mais je ne peux pas pour autant en faire un objet de savoir au-delà de ce que je sais de la communication »*³⁰³. L'espace créé par les deux membres de la communication est un objet d'expérience et non un objet de savoir. Bernard Lamizet précise que cet objet de savoir s'inscrit dans *« la dimension sociale et institutionnelle »* qui détermine la relation aux autres. En cela, elle s'oppose à l'immédiateté définie par René Kaes.

³⁰³ LAMIZET, Bernard. *Les lieux de la communication*. Bruxelles : Editions Mardaga, 1992, p. 192.

Karim a 78 ans. D'origine algérienne, il travaille illégalement en France depuis ses 14 ans comme maçon et vit dans le recoin d'un hangar. Il a perdu ses papiers depuis longtemps et suite à la découverte d'un cancer généralisé en phase terminale, il est pris en charge dans un foyer relais. Tous les jeudis un groupe *modelage* l'accueille ; Karim y raconte sa vie tout en fabriquant des personnages en terre. La rencontre avec l'infirmier lui permet d'exprimer ses souvenirs mais surtout, comme le dit le soignant, « *de déposer quelque part et à quelqu'un l'histoire de sa vie. Il n'en a que pour quelques semaines encore à vivre...* ». L'expérience de ce rapport à la terre modelée, à son corps malade qui se déforme et à la parole partagée vont bien au-delà de la simple expression artistique ou manuelle. Il y a une sorte de *confusion* des trajectoires de vie, de mort, de souffrance... portées au sein d'un espace soignant. La relation est respectueuse dans la mesure où elle porte l'histoire de Karim et construit une trace inscrite dans une dimension sociale et institutionnelle.

5. « *Toute médiation suscite un cadre spatio-temporel.* »

Le cadre spatio-temporel dessine les contours du soin qui permet au soigné une adaptation à l'intérieur de limites construites. Si le quotidien dicte les soins au sens où il contraint les espaces d'échanges, il permet également d'assurer une permanence et une continuité d'un processus de relation. Ce cadre marque une délimitation dans l'espace que l'on retrouve dans le concept « d'autopoïèse »³⁰⁴ de Francisco Varela. Il suscite l'échange, dans son sens littéral de *faire naître*, *d'éveiller*, de *faire lever*. Le cadre ne s'impose pas mais se construit avec la médiation.

Mme Simone G. est en maison de retraite. A 90 ans, elle est veuve et ses enfants n'habitent pas la région. Mme Simone G. ne marche plus et ce sont les soignants qui font les transferts du lit au fauteuil. Elle ne peut plus lire à la suite d'une complication de sa pathologie diabétique. Chaque jour, après le repas de midi

³⁰⁴ Ce concept est abordé dans la partie I, sous-chapitre 3.1.2. : « Le corps et le monde vécu ».

pris au réfectoire, un soignant vient lire *les nouvelles* du journal local. C'est pour Mme G un rendez-vous incontournable. Elle commente souvent les informations et bien souvent partage avec les soignants son avis sur les sujets de l'actualité. Chaque jour, au même endroit, le soin s'établit. Il est régulier, attendu et devient créateur de sens. La relation de soin donne un repère dans le temps et l'espace, une structure du quotidien, un sens à l'ici et maintenant.

6. « *Toute médiation s'inscrit dans une oscillation entre créativité et destructivité : c'est de cette oscillation que témoignent de manière exemplaire les phénomènes transitionnels.* »

Deux dimensions coexistent, alternent dans la médiation. Celle de l'imaginaire et celle de la réalité. Dans le même temps deux forces agissent, les forces internes et externes à l'individu. Cette conception rejoint la théorie de l'attribution proposée Willem Doise « *de causalité interne ou de facteurs dispositionnels* » et « *de causalité externe ou de facteurs situationnels* »³⁰⁵. La médiation permet cette *oscillation* qui crée ou modifie le sens que l'acteur perçoit de son rapport au réel. La médiation est le lieu des transitions, celles qui mettent en équilibre les processus d'identité personnelle et d'identité sociale.

Pour Jérôme, il ne s'agit pas de « louper », comme il dit, le groupe musique du Centre Médico-Psychologique (CMP). Chaque lundi, autour d'instruments de musique, trois patients composent une chanson. Il faut plusieurs séances pour arriver à un *objet musical* finalisé. Jérôme écrit les paroles, un autre patient la musique et un troisième chante pour enregistrer le résultat.

C'est la dernière séance d'une série de 3 rencontres et le soignant propose de graver la chanson sur un support numérique. L'infirmier sait que l'objet appartient au groupe, mais il propose tout de même que chaque patient parte avec un exemplaire du CD finalisé, en souvenir. Comme chaque lundi, la médiation se

³⁰⁵ MUGNY, Yves, DOISE, Willem, DESCHAMPS, Jean-Claude. *Psychologie sociale et expérimentale*. Paris : Armand Collin, 1997, p. 184.

termine par le partage d'un gâteau et d'un verre de jus de fruit. Lorsque tous les patients ont quitté la salle, au moment du rangement, le soignant retrouve les trois CD sur la table du fond. Jérôme et les autres patients n'ont rien emporté. Ils ont laissé là leur création groupale, comme pour signifier, sans doute inconsciemment, qu'elle ne leur appartenait pas et que la relation elle, ne s'enregistre pas.

Nature de la médiation et projet thérapeutique

Si les constantes de la médiation permettent une relation dans un cadre thérapeutique, sa nature et son statut créent un dispositif singulier. Ce modèle théorique ne permet pas d'envisager que toute activité puisse devenir médium de la relation. La nature même de la médiation doit permettre de réaliser un soin comprenant un minimum d'incompréhensions. La médiation stabilise le soin dans un cadre théorique construit. Il ne s'agit pas de borner ou de réglementer de manière stricte et définitive la relation, mais plutôt de définir le périmètre du soin qui doit être réalisé en sécurité pour tous.

Par sa nature, la médiation permet aux soignants d'appréhender certains éléments de la réalité psychique ou cognitive du malade et de donner sens à l'activité médiatrice. La nature de la médiation doit être réfléchie, pensée à l'avance, pour qu'elle porte réellement un projet thérapeutique.

Le statut symbolique de la médiation

L'objet de l'activité n'est pas le but de la relation. Toutefois, la réalisation du projet final vient porter le soin relationnel proposé aux patients. Il est nécessaire pour les soignants d'avoir sans cesse à l'esprit que l'objet médiateur n'est qu'un inducteur de la relation. S'il est nécessaire que le patient ait une certaine *appétence* pour l'activité, il faut également qu'il trouve un intérêt à la situation mise en place. Utiliser une activité qui appartient déjà très fortement à l'univers personnel du patient peut nuire aux buts de la médiation thérapeutique. La nature même du médium, s'il est déjà très investi par le patient en-dehors de l'activité

de médiation, peut entrer en conflit avec le projet thérapeutique où le sens symbolique de l'action a plus d'importance que l'action elle-même. Le choix dévolu aux soignants est donc crucial pour que la médiation ne phagocyte pas l'ensemble des fonctions du groupe tout en exerçant, comme le signale la pédopsychiatre Nicole Catheline, « *une séduction tempérée pour atteindre le patient dans son système* ».³⁰⁶

L'exemple de la médiation thérapeutique met en exergue la nécessité d'une réflexion préalable sur l'interaction soignant/soigné. Un pédopsychiatre interrogé sur ce sujet nous répond : « *Quand on est en relation avec le patient, il faut oser une certaine impulsivité relationnelle.* ». Mais elle n'est possible qu'appuyée sur de solides bases théoriques, une préparation minutieuse du soin et une connaissance la plus complète possible du patient sur sa manière d'être en relation avec les autres. A l'instar des clowns à l'hôpital qui « *ne font pas un numéro sur commande, mais s'adaptent avec beaucoup de finesse à la réalité du patient, à son âge, son état du moment, ainsi qu'aux indications données par l'équipe de soins* »³⁰⁷, le soignant peut oser la relation avec le patient parce qu'elle est préparée et réfléchie. Le médecin évoqué plus haut nous a précisé « *qu'improviser c'est : ne pas préparer. Pour une relation humaine c'est sûrement possible, pour une relation de soin c'est impossible, voire dangereux pour le patient et pour le soignant* ».

A l'issue de ces éclairages théoriques, notre travail de recherche positionne la relation de soin dans une articulation entre les formes de représentations exprimées par les acteurs et les processus de significations qui sont en jeu. Le corps prend à ce titre une place prépondérante, tant sur le plan sensible et

³⁰⁶ Entretien avec l'auteur. CATHELIN, Nicole, MARCELLI, Daniel. *Ces adolescents qui évitent de penser. Pour une théorie du soin avec médiation*. Paris : Erès, 2011.

³⁰⁷ VINIT, Florence. *Docteur Clown à l'hôpital. Une prescription d'humour et de tendresse*. Montréal : Editions du CHU Sainte-Justine, 2010, p. 19.

symbolique qu'en ce qu'il est impliqué dans la distance relationnelle de l'acte de soin.

4. Hypothèses de recherche

Le cadre conceptuel ainsi construit nous permet de formuler trois hypothèses ; chacune d'entre-elles soumet, comme le définit Madeleine Grawitz, « *une proposition de réponse à la question posée* »³⁰⁸. Nous vérifierons ces formulations « *anticipées* »³⁰⁹ de réponse à la problématique à partir de l'analyse du corpus.

Hypothèse n°1

Le concept de *corps-monde*

Selon nous, le corps vient s'inscrire dans une perspective communicationnelle comme un *lieu-corps* :

- Ce lieu est médiation et médiateur, à la fois interface de rencontre, d'action et organisateur de cette médiation.
- Ce lieu est agi et agissant car il est l'objet de l'activité du sujet et parce qu'il s'impose aux intentions du sujet.
- Ce lieu est éprouvé et imaginé comme un lieu de sensorialité et un support de l'imaginaire du sujet.

A l'instar de ces *villes-monde* (Baudrel, 1979) dont on parle désormais, nous pourrions proposer une analogie et définir un *corps-monde*, organisé par une morphologie sociale et situé dans sa propre géographie relationnelle. Le *corps-monde* doit s'organiser autour de ses propres enjeux : un multiculturalisme, une prise en compte des implications identitaires variées, une mise aux normes sociales, une sécurité interne. Chaque individu a ses propres « bidonvilles »,

³⁰⁸ GRAWITZ, Madeleine. *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz, 1993, p. 443.

³⁰⁹ MACE, Gordon, PETRY, François. *Guide d'élaboration d'un projet de recherche en sciences sociales*. Paris : De Boeck Supérieur, 2010, p. 41.

relégués à la périphérie de son corps, ses propres lieux communautaires, ses ressources et ses nourritures.

Nous formulons donc comme première hypothèse que le concept de *corps-monde* permet de définir la place du corps pour les acteurs du soin, dans une dimension élargie où le *corps-monde* représente à la fois une source, un lieu et un objet de la communication.

La figure ci-dessous représente schématiquement l'espace du *corps-monde*. Si le corps physique est représenté par un personnage, il faut cependant penser le *corps-monde* comme un espace où cohabitent l'ensemble des éléments qui le composent, sans démarcation particulière. Le cercle sépare le *corps-monde*, ce qui appartient à l'acteur, dans le cadre de son intériorité, et le contexte de la situation vécue. Les flèches qui s'opposent figurent le lieu de la médiation, espace de communication entre intériorité et contexte.

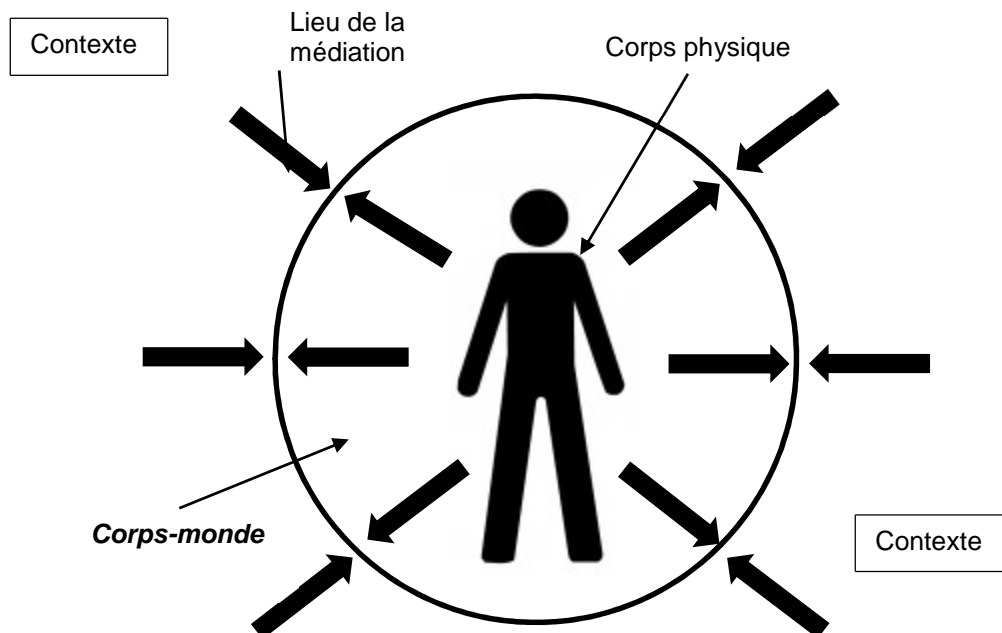


FIGURE 7 : HYPOTHESE DU CORPS-MONDE

Hypothèse n°2

Le paradigme de *soin-communicant*

Dans un premier temps, nous définirons l'espace qu'occupe la maladie dans son rapport au *corps-monde*. La maladie³¹⁰ comme fait social est un nouvel espace qui se superpose au *corps-monde* sans pour autant en modifier l'organisation originale. La maladie vient affecter la relation, transformant la réalité transmise et perçue. L'individu reste *celui qu'il est*, dans l'organisation interne de son *corps-monde*. Les frontières de son intériorité ne sont toutefois pas étanches et la maladie peut irradier, impacter en périphérie l'organisation de la personne. Il n'en demeure pas moins *qu'avoir* une maladie n'est pas *être* une maladie. On pourrait ajouter que l'Homme ne se définit pas par la présence ou l'absence d'une pathologie, mais par l'ensemble de ce qui le constitue : un *corps-monde* construit et imaginé.

Comprise comme agrégée au *corps-monde*, la maladie est donc consubstantielle à la communication. En effet, elle constitue un espace de médiation entre l'individu et le monde extérieur. Elle procède de ce fait de la même construction que la communication. La maladie donne sens à une sémiologie qui lui est propre, en rendant compréhensibles les mécanismes dysfonctionnants d'un corps dans sa dimension physique, psychique et sociale.

³¹⁰ Nous utiliserons l'appellation *maladie* dans son acception originale « d'une altération de l'état de santé ». Il convient d'en rapprocher la définition du terme *santé* proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Préambule à la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats ; Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la santé, n°2, p. 100.

Dans la figure suivante, la zone entourant le *corps-monde* représente l'espace de la maladie, de la communication et du soin. Les flèches extérieures traduisent l'action exercée par le contexte sur cet espace, les flèches intérieures indiquent les rapports entre intériorité du *corps-monde* et maladie.

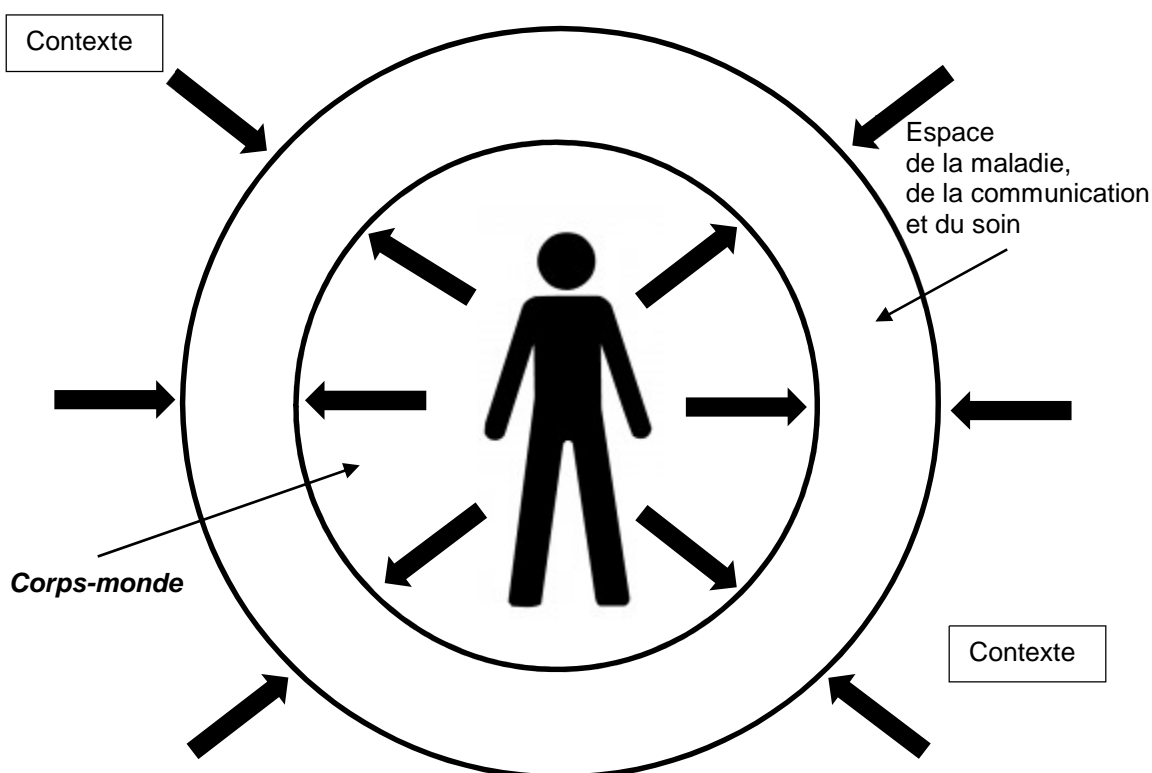


FIGURE 8 : L'ESPACE DE LA MALADIE, DE LA COMMUNICATION ET DU SOIN

Cet espace de la maladie et de la communication est également celui du soin dans lequel intervient le soignant. Le soin répondant à la nécessité d'action sur la maladie, son implication dans le champ de la communication lui permet alors d'agir en devenant l'espace du *soin-communicant*. Le soignant, lui-même identifié en tant que *corps-monde* actant, intervient dans l'espace du soin, au travers d'une réalité et d'une représentation.

Cette hypothèse propose d'établir le concept de *soin-communicant* comme l'espace investi dans une relation de soin par la maladie, la communication et le soin. La figure ci-après représente schématiquement l'espace du *soin-communicant* : il est espace de communication permettant le soin. Contrairement au modèle de face à face ou au modèle de la transmission, le paradigme de *soin-communicant* est un modèle de la médiation. La communication vient médier le soin en créant une d'interface, propre à permettre l'activité.

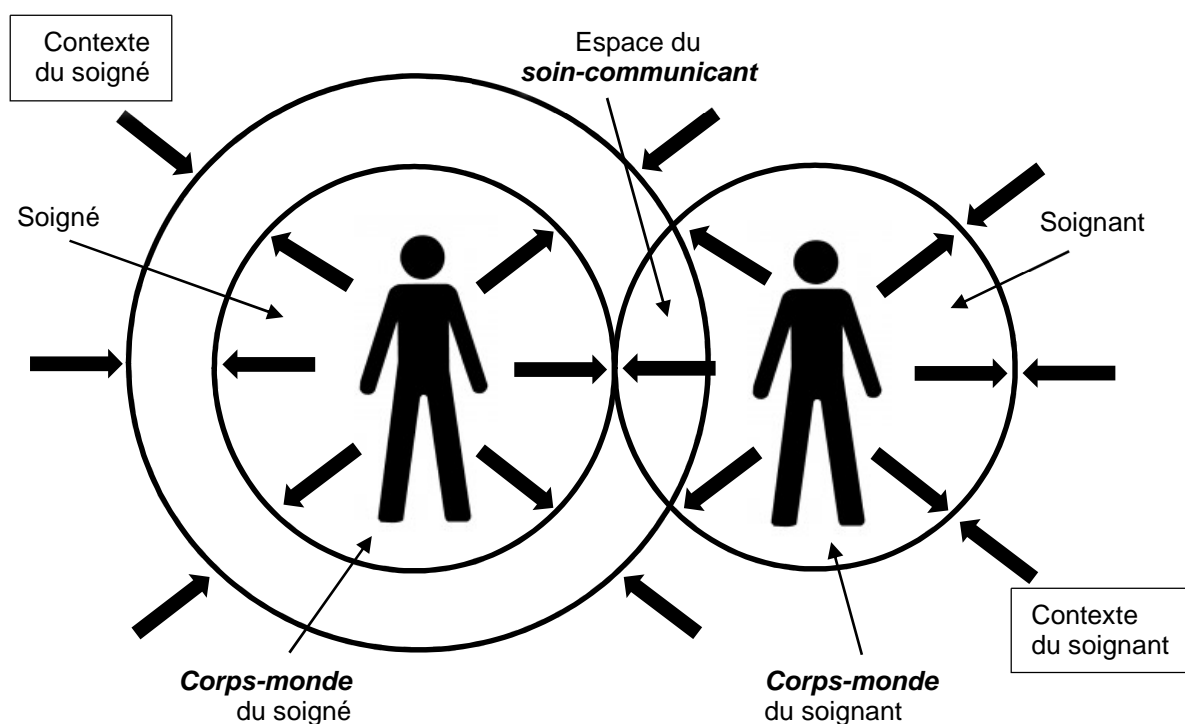


FIGURE 9 : LE SOIN-COMMUNICANT

Hypothèse n°3

Une stratégie de formation bifocale

La bifocalité d'une formation à la professionnalité infirmière offre l'opportunité d'un dispositif alliant à la fois une approche théorique et une expérimentation pratique des « *connaissances et des compétences acquises* »³¹¹. L'enseignement théorique apporte aux étudiants la possibilité d'appréhender les situations rencontrées à partir de plusieurs modèles d'analyse et de compréhension. Ces différentes approches couvrent un panel important de champs disciplinaires : biologie, sociologie, anthropologie, psychologie, *sciences infirmières*³¹²...

L'approche communicationnelle permet de proposer en formation le modèle d'un *soin-communicant* comme espace d'analyse des processus de construction de la professionnalité.

Cette hypothèse suggère que l'analyse de situations de soins par le modèle du *soin-communicant* puisse répondre à la nécessité d'une approche intégrative de la formation des soignants. Faire apparaître les concepts et habiletés au sein d'un espace construit amène à figurer les compétences acquises et les savoirs mis en œuvre lors des situations de soin. Sans modifier les diverses approches culturelles du soin et les théories ou philosophies enseignées, la formation à partir du concept de *soin-communicant* peut permettre l'appréhension du soin comme espace d'activité et espace de formation propre à une épistémologie soignante.

La formation en santé est sans doute le lieu privilégié d'apprentissage de la notion de *soin-communicant* car elle permet une lecture modulaire des logiques d'acteurs et une analyse des processus de construction de la professionnalité.

³¹¹ Directive européenne n° 2005-36 sur la reconnaissance des qualifications – JOCE du 30/09/2005.

³¹² L'appellation *sciences infirmières* est tirée du référentiel de formation infirmier.

Les unités d'intégration du programme infirmier poursuivent ce but en permettant aux étudiants « *d'utiliser des concepts et de mobiliser un ensemble de connaissances. Le formateur aide l'étudiant à reconnaître la singularité des situations tout en identifiant les concepts transférables à d'autres situations de soins.* »³¹³. Le concept de *soin-communicant* permet de distinguer deux axes de la professionnalité : l'identité et la compétence.

Le paradigme de *soin-communicant* peut aussi favoriser, pour les infirmiers experts, une mise en perspective de leurs modes d'interventions grâce à ce modèle de la médiation de soin. Si cette démarche peut aider à la compréhension d'habiletés en vue de l'amélioration de la qualité des pratiques, elle peut également faciliter la transmission des savoirs dans une articulation entre centre de formation et lieu de l'activité par l'utilisation d'un paradigme commun.

Dans le cadre de la formation à la recherche³¹⁴, en organisant les différentes catégories d'éléments présents lors des interactions de soin, la notion de *soin-communicant* peut être utilisée pour questionner les processus observés et pour en identifier les logiques de communication.

Ces hypothèses doivent maintenant être soumises à validation. Eclairé par la contextualisation du soin et l'approche conceptuelle proposée, nous proposons une analyse à plusieurs niveaux afin d'évaluer la pertinence des réponses à notre problématique.

³¹³ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, *Profession infirmier*. Uzès : Sedi, 2009, p. 73.

³¹⁴ En formation infirmière, les unités d'enseignement 3.4. du semestre 4 et 6 visent à initier les étudiants à la démarche de recherche.

Partie II

Logiques d'acteurs et significations véhiculées dans le contexte et la pratique du soin

Pour une approche sociocognitive et compréhensive du soin et de sa pratique

Dans cette deuxième partie, nous avons fait le choix de réaliser cinq analyses différentes. Chacune d'entre elles sera construit à partir du principe selon lequel « *l'action communicationnelle ne met pas en relation le sujet et l'objet (couple technique), mais le sujet avec le sujet (couple pragmatique). C'est l'homme agissant sur (les représentations de) l'homme par le détour des signes.* »³¹⁵.

Nous adopterons une approche compréhensive des logiques mises en place par les acteurs à partir d'une analyse « *de la clinique de l'activité [(Clot, 1999)] ou de l'événement communicationnel* »³¹⁶. Nous aborderons la notion de logique sous l'angle sociocognitif, comme étant celle qui « *synthétise une manière de se situer, de lire, d'interpréter, de réagir et d'intervenir, qui est certes plus ou moins homogène, stable et durable mais qui témoigne du rapport Homme/travail/organisation, rapport en tension et en mouvance permanente* »³¹⁷. Notre analyse va donc s'attacher à valider ou infirmer les trois hypothèses proposées en réponse à la problématique de ce travail de recherche.

³¹⁵ BOUGNOUX, Daniel. Qu'est-ce que la communication ? *MEI*, 1996, n°4, p. 20.

³¹⁶ BRASSAC, Christian, FIXMER, Pierre. *La production du sens en organisation : un processus cognitif situé et distribué*. In : BONNEVILLE, Luc, GROSJEAN, Sylvie. *Repenser la communication dans les organisations*. Paris : Editions L'Harmattan, 2007, p. 90.

³¹⁷ BONNET, Rosette, BONNET, Jacques. *Nouvelles logiques, nouvelles compétences des cadres et des dirigeants. Entre relationnel et sensible*. Paris : L'Harmattan, 2003, p. 151.

1. Quel dispositif de recherche pour quelle méthodologie ?

1.1. Création et délimitation du terrain de recherche

Le terrain de cette recherche permet l'appréhension de la réalité soignante plurielle et multiforme. Divisé en cinq, ce terrain existe-t-il en tant que corpus saisissable ? Selon nous c'est le cas, dans la mesure où il est le produit formalisé d'un reconstruit intellectuel, aux limites définies par la problématique posée précédemment et d'hypothèses qui se doivent d'être vérifiées. Comme le dit Yves Winkin à propos de l'anthropologie de la communication, elle « *ne se définit plus par ses objets, mais par le regard qu'elle porte sur les objets qu'elle décide d'investir, par les rapports qu'elle entretient avec les acteurs sociaux, par l'écriture qu'elle utilise pour rendre l'expérience vécue* »³¹⁸.

Les cinq lieux de cette recherche ont été guidés par le souhait d'appréhender la vérification des hypothèses de manière à la fois diversifiée et articulée, dans une perspective de prise en compte de la complexité révélée par la première partie de notre recherche. Le recueil d'éléments concernant « les grandes figures médiatiques » et « la toilette » viennent éclairer les deux autres recueils que sont « les situations de soins » et « le récit de vie de M. Pierre » organisés à partir de la méthode de l'entretien. Le cinquième lieu, qui concerne plus spécifiquement la formation, analyse la problématique de la personne âgée au sein des référentiels de formation infirmière.

Nous détaillerons particulièrement la méthodologie « des situations de soins » et « du récit de vie de M. Pierre » en fonction des choix réalisés et des postulats de départ choisis. Nous aborderons les orientations méthodologiques en lien avec « les grandes figures médiatiques », « l'analyse de la toilette » et « les personnes

³¹⁸ WINKIN, Yves. *Vers une anthropologie de la communication ?* In : CABIN, Philippe, DORTIER, Jean-François. *La communication : état des savoirs*. Paris : Sciences Humaines, 2008, p. 114.

âgées au sein des divers référentiels infirmier » dans la première partie de chacune de ces analyses.

1.2. Méthode de constitution du corpus et méthode de recueil de données

Les situations de soins

Les entretiens concernant les situations de soins se sont échelonnés sur deux ans et demi et ont été réalisés auprès d'étudiants infirmiers des trois années de formation, avec une répartition égale pour les trois niveaux. La méthodologie de ces entretiens comprend deux temps : la rédaction du récit d'une situation de soin³¹⁹ puis un entretien d'explicitation à partir de la situation proposée par l'étudiant.

Nous avons réalisé 200 entretiens. Cependant, comme le constate Malinowski, *« chaque énoncé et chaque raisonnement doivent passer par les mots, c'est-à-dire par les concepts. Chaque concept à son tour est le fruit d'une théorie, qui décide que certains faits sont pertinents et d'autres accessoires, que certains facteurs orientent le cours des événements, et que d'autres sont des intermédiaires fortuits... »*³²⁰ Si la majorité des situations relate un soin auprès d'une personne âgée, nous avons toutefois sélectionné des soins qui concernent plusieurs tranches d'âge pour nous permettre d'accéder à des éléments qui nous semblent importants pour la prise en charge des soignés. Nous avons donc retenu la moitié de ces 200 entretiens à partir de quatre critères de choix :

- L'entretien permet d'obtenir des renseignements sur les logiques d'acteurs, sur l'expression des représentations des soignants.

³¹⁹ Cf. volume 2.

³²⁰ MALINOWSKI, Bronislaw. *Une théorie scientifique de la culture : et autres essais*. Paris : François Maspero, 1968, p. 13.

- L'entretien n'est pas une description chronologique d'un soin.
- L'étudiant autorise la retranscription pour notre recherche de son écrit et de ses propos. (Une dizaine d'entre-eux ne l'a pas accepté, ces entretiens n'ont donc pas été retenus).
- L'analyse des entretiens se fait par un classement en *catégorie type*. Le nombre d'entretiens doit être le même pour chaque catégorie.

Par ailleurs, pourquoi avoir retenu le récit d'une situation de soin comme base d'un entretien d'explicitation ? Ce travail écrit de récit d'une situation de soin s'inscrit originellement dans un processus de construction du sens de l'activité pour un étudiant tout au long de sa formation. Il est appelé « analyse de la pratique ». Si la formation infirmière organise cette forme de médiation, il n'en demeure pas moins que son utilisation pour la recherche nous permet de questionner les espaces et les formes d'expression de sens ainsi que les significations qu'elle produit. Le récit de situation est un exercice d'apprentissage de la posture réflexive qui s'inscrit dans une perspective de construction d'une compétence métacognitive. Il est d'autant plus intéressant de se servir de cet élément de la formation qu'il est déjà appréhendé par les étudiants comme un outil d'émergence du sens de la pratique. Pour permettre la compréhension de la notion d'analyse de la pratique en formation infirmière, il convient d'en expliquer les fondements et les objectifs.

L'appellation *analyse de la pratique* peut prêter à confusion. S'agit-il d'une pratique professionnelle identifiée comme telle ou d'une action intuitive mêlée à l'activité ? Le bien-fondé de cette interrogation apparaît d'autant plus que dans le cadre de la formation infirmière, l'analyse de la pratique est au centre de l'orientation pédagogique des études d'infirmier. Comme le remarque le psychologue Georges Blein dans sa réflexion autour d'une anthropologie du soin, l'analyse des pratiques est la « *clé de voûte de l'enseignement des soins* ».

infirmiers »³²¹. A ce titre, l'utilisation du récit de situation prend sens dans la mesure où il permet l'identification de situations clefs, sortes de rapports d'étonnements, qui mettent à jour des problématiques soignantes particulières.

C'est d'ailleurs au titre de la réforme du référentiel de la formation d'infirmier du 31 juillet 2009 que l'analyse-de-la-pratique³²² sera instituée comme pièce centrale de la démarche de construction des savoirs en formation infirmière.

Pour clarifier l'objet de l'analyse de la pratique, il convient de préciser la différence entre supervision et analyse-de-la-pratique. La nature même de l'appellation met en porte-à-faux tout praticien éveillé aux pratiques psychanalytiques. En effet, pour la psychanalyse, l'analyse de la pratique doit s'exercer en présence d'un thérapeute, au sein d'une prise en charge obéissant aux protocoles et aux topiques analytiques. Elle se réalise la plupart du temps en groupe de pairs, permettant de faire émerger des problématiques de nature transférentielles, organisationnelles, émotionnelles dans une « fonction conteneur » (Kaes, 1993). Les équipes soignantes du secteur de la santé mentale ou de services particulièrement éprouvants utilisent ces techniques, souvent réclamées par les soignants eux-mêmes et institutionnalisées par un financement public. Dans ce type de séances, la présence d'un tiers instruit aux arcanes de l'Analyse vient permettre l'expérience d'une parole contenue au périmètre du groupe. Le récit de situation utilisé pour cette recherche ne fait pas partie de ce type d'activité réflexive.

L'analyse de situation se retrouve tout de même dans les référentiels de la formation infirmière. La pratique réflexive est donc très présente sous trois formes principales correspondant aux trois référentiels :

³²¹ BLEIN Georges, *Pour une anthropologie du soin* [en ligne]. <http://ifsi.avignon.free.fr/DocumentsEtudiants/anthropo_du_soin.pdf> (consulté le 09/11/2012).

³²² Pour une clarification des termes, la formulation « analyse-de-la-pratique » est choisie lorsqu'il s'agit de la méthode d'analyse réflexive propre au référentiel de formation des études d'infirmier.

- le référentiel d'activités définit les actions de l'infirmier sur prescription ou conseil médical, mais également les actions de sa zone d'autonomie appelée *rôle propre*. Ce référentiel comporte un élément de réflexion qui concerne l'analyse des situations de soins³²³. Dans ce cadre de la « *définition du métier* », il s'agit d'une « *analyse clinique* » au sens étymologique du terme, c'est-à-dire d'une lecture de la pratique « près du lit ». L'acteur réalise une démarche clinique, avec une méthodologie propre au champ des sciences et techniques infirmières, aboutissant en fin de processus à une programmation des soins.

- le référentiel de formation infirmier³²⁴ présente, entre-autres, les unités d'enseignement et l'analyse de situation décrite plus précisément dans le référentiel d'activités. Dans le champ des « *sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes* », c'est une « *démarche réflexive* » qui est souhaitée, dans le but « *d'une prise de décision* » ou « *d'une critique des modes d'intervention en soin* ». Cette analyse de situation vient donc soutenir l'étudiant grâce à une *méthode-métier*, un schéma de pensée professionnel, qui vient mettre en forme les activités qu'il va ensuite proposer dans sa démarche clinique. Celle-ci se situe en amont de l'activité, du soin et finalement du geste qui par là-même sera adapté et individualisé.

- le référentiel de compétences³²⁵ aborde lui aussi une analyse de pratique dans le cadre d'une compétence « *d'analyse de la qualité des soins et d'amélioration de la pratique professionnelle* ». Cette compétence vise particulièrement l'analyse de l'activité en tant que telle, dans une démarche d'amélioration de la qualité au regard des règles de bonne

³²³ Arrêté du 31 juillet 2009 modifié, annexe 1.

³²⁴ *Ibid.*, annexe 5.

³²⁵ *Ibid.*, annexe 2.

pratique. Le champ de cette analyse couvre particulièrement « *l'analyse critique d'une situation de travail* » du point de vue de la réalisation de l'acte mais également dans le cadre plus large des « *valeurs professionnelles et des règles déontologiques* ». Cette analyse est donc centrée sur l'insertion de l'acteur dans un groupe métier, sur l'appartenance organisée à une identité professionnelle globale.

Le récit de situation utilisé pour cette recherche fait partie du référentiel de formation. En effet, ce que nous avons souhaité recueillir est un récit qui place l'acteur du soin dans une réelle lecture des enjeux en cours, des rites mobilisés, des modes opératoires utilisés, des émotions vécues, des espaces de négociation du sens ou plus largement de représentations en mouvement. Cette posture réflexive est proposée dans le cadre de ce référentiel dans « *l'analyse de réalités professionnelles sur des temps de retour d'expérience* ». L'approche socio-constructiviste du référentiel insiste sur « *la place qui est faite sur l'étude des représentations, l'analyse des conflits socio-cognitifs* ». L'un des éléments du portfolio que tiennent à jour les étudiants est appelé « *analyse de pratique* » et propose une rédaction de deux « *situations ou activités rencontrées* » après le stage.

Le sujet du récit de situation n'a pas été imposé. Chaque étudiant a pu choisir une situation sans aucune restriction, pour ne pas induire une direction au corpus recueilli et pour permettre d'explorer un champ élargi d'activités de soin. Cette liberté narrative permet à l'étudiant, en fonction de l'angle qu'il retient, d'allier à la fois une critique personnelle émanant de son propre ressenti à une analyse plus globale de la situation vécue où interviennent d'autres acteurs. Nous rejoignons sur ce point l'ancrage sociocognitif et la théorie développée par Doise et Mugny du *marquage social* : « *Il y a homologie entre, d'une part, les relations sociales caractérisant l'interaction des protagonistes d'une situation spécifique et, d'autre part, les relations cognitives portant sur certaines propriétés des objets qui médiatisent les relations sociales. [...] Le marquage social induit dans certains cas la solution de conflits socio-cognitifs ; de nouvelles régulations*

cognitives se réalisent dans la mesure où elles servent à établir ou à maintenir une régulation sociale. »³²⁶. C'est cette double lecture qui autorise l'acteur, pour tout ou partie, à une conscientisation des éléments qui construisent ses représentations au plan social et au plan cognitif, soit en termes de relation et d'interaction soit en termes de logiques et modèles de raisonnement, par exemple face à une situation d'analyse ou une prise de décision exigée par la situation professionnelle. Au travers des interactions sociales, une structuration des problématiques est possible (Doise, 1993). Ces alternances du *je* au *nous*, du singulier au pluriel, sont autant d'aller-retour qui aident à la construction de l'identité personnelle et professionnelle de l'acteur. Le récit ainsi composé va permettre de mettre à jour ce que l'étudiant peut construire de sens dans l'action. L'analyse que nous en ferons permettra d'en dégager les représentations, les valeurs à l'œuvre, les attributions accordées à l'action³²⁷ et les éléments identitaires véhiculés et exprimés dans le cadre de la situation.

Globalement, la partie du corpus composé des récits de situation des étudiants infirmiers n'est pas homogène dans le type de soins relatés. En effet, il s'avère que de nombreux domaines de l'activité sont abordés pour des niveaux de compréhension différents. Pour un soignant débutant l'analyse ne se fait que sur ce que cherche un novice : « *des modes d'emploi de situations vécues comme des obstacles* »³²⁸. C'est au fur et à mesure de son avancée dans la formation que l'étudiant pourra appréhender les situations analysées et accéder à *la pensée de complexité*. A l'instar d'Edgard Morin et de Jean-Louis Le Moigne

³²⁶ DOISE, Willem, MUGNY, Gabriel. *Le développement social de l'intelligence*. Paris : InterEditions, 1891, p. 42.

³²⁷ Nous prendrons appui sur la définition de *l'attribution causale* par Nicole Dubois : « *démarche qui vise à décrire le processus par lequel les individus expliquent et interprètent les conduites et les états émotionnels (qu'il s'agisse des leurs ou de ceux des autres)* »

DUBOIS, Nicole. *La norme d'internalité et le libéralisme*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 1994, p. 12.

³²⁸ BONNET, Rosette, BONNET, Jacques. *Du manager novice au manager expert*. Paris : Hermès Science Publications, 2006, p. 99. Au chapitre 3 de cet ouvrage, les auteurs décrivent six postures managériales pour un parcours de professionnalisation. Par analogie, ces descriptions peuvent apporter des clefs de lecture au processus de construction de l'expertise du soignant.

évoquant les « *sciences de la complexité* », intégrer cette dimension aura « *une vertu modélisatrice : en nous aidant à décrire, intentionnellement, les contextes dans lesquels nous pouvons intervenir, elles nous seront d'un plus grand secours qu'en prétendant prescrire des solutions à des problèmes que nous ne nous posons pas !* »³²⁹ On retrouve cette capacité à éclairer le sens de l'action, voire au cours même de l'action, dans les récits de situation que nous avons choisis pour cette recherche. On peut alors reconnaître la première étape de construction d'un palier qui mènera l'étudiant puis le professionnel jusqu'à l'expertise. Bien entendu il ne faut pas perdre à l'esprit ce que disait Gaston Bachelard : « *Il n'y a pas d'idée simple, parce qu'une idée simple doit être insérée, pour être comprise, dans un système complexe de pensées et d'expériences.* »³³⁰. Chacune des situations retenues est donc contextualisée pour en permettre une meilleure.

L'analyse de pratique sous forme de récit de situation est la narration d'une mise en tension des interactions et des postures de l'acteur. Cette posture réflexive, initiée par Donald Schön dans les années 90, interroge ce que la notion de *posture* implique comme attitude, action ou positionnement pour l'étudiant. Pour Philippe Perrenoud « *la posture réflexive passe par un aller et retour permanent entre la théorie et un réel* »³³¹ et va bien au-delà de simples moments éphémères où le praticien se questionne sur sa pratique. Il s'agit d'un choix fait par l'acteur d'une attitude de questionnement face à des réalités socioprofessionnelles et à ses propres manières de les appréhender, attitude visant à s'ancrer dans son *quotidien d'activité*, préoccupation qui doit être continue et généralisée. Si la posture est au cœur du récit de l'étudiant, l'interaction en est sans doute l'objet privilégié. C'est d'autant plus juste si l'on considère, comme nous l'avons vu précédemment, que chaque interaction est « *toujours un certain type d'ordre*

³²⁹ MORIN, Edgard, LE MOIGNE, Jean-Louis. *L'intelligence de la complexité*. Paris : L'Harmattan, 1999, p. 318.

³³⁰ BACHELARD, Gaston. *Le nouvel esprit scientifique*. Paris : PUF, 1934, p. 152.

³³¹ PERRENOUD, Philippe. Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation. *Cahiers Pédagogiques*, janvier 2001, n°390, p. 43.

social »³³² (Goffman, 1988) avec une convocation « *de la société toute entière du fait qu'elle fonctionne sur les mêmes principes* »³³³. Ce récit de situation prend alors toute sa dimension, dans le cadre d'une organisation sociale dont les règles sont bien souvent des balises de sens prédéfinies et sans cesse mises en tension avec une réalité vécue. Pour Dominique Wolton « *chacun étant pris dans la communication, doit préciser ce qui l'intéresse, le lieu d'où il parle* »³³⁴. Encore faut-il avoir réalisé ce chemin réflexif pour identifier le lieu théorique où l'action prend racine.

Nous prendrons donc appui sur les récits de situation fournis par les étudiants. Cependant, alors que le chercheur en SIC se réfère à une clinique du sens, dans quelle mesure, notre recherche peut-elle prendre pour support des récits relatés par des acteurs se situant dans le cadre de la clinique infirmière et médicale? Nous tenterons, à partir de la construction du récit de l'étudiant, de mettre à jour les indices de sa logique en tant qu'acteur. En effet, comme le précise Adeline Burlot, « *la clinique est à lire, le fait clinique est à construire : l'analyse d'un cas n'est pas un poème à partir des intuitions, des sentiments du clinicien, mais un exercice de rigueur et d'acuité où celui-ci doit articuler ce qu'il entend avec ce qu'il sait* »³³⁵. Et le fait clinique qui sert de terreau à l'analyse-de-la-pratique est celui de l'acteur lui-même, en tant qu'auteur de sa propre pratique et clinicien de sa propre clinique. Il est lui-même co-créateur de son action sociale, impliqué dans une clinique où les enjeux le concernent. L'utilisation de ces récits de situation permet donc bien un travail de recherche. Michel Vial précise que « *la clinique ne relève pas de la résolution de problème* »³³⁶. La méthode de l'analyse-

³³² NIZET, Jean, RIGAUX, Natalie. *La sociologie de Erving Goffman*. Paris : La Découverte, 2005, p. 96.

³³³ GOFFMAN, Erving. *L'ordre social et l'interaction*. In : WINKIN Yves. *Anthropologie de la communication. De la théorie au terrain*. Paris : Editions De Boeck & Larcier S. A., 1996, p. 113.

³³⁴ WOLTON, Dominique. *Penser la communication*. Paris : Flammarion, 1997, p. 35.

³³⁵ BURLOT, Adeline « Qu'est-ce qu'un fait clinique ? ». *Figures de la psychanalyse*, février 2005, n°12, p. 193-194.

³³⁶ EYMARD, Chantal, VIAL, Michel. Recherche clinique et intervention dans les organisations : coïncidences et différences. *En question*, 1999, n°37, p. 3.

de-la-pratique utilisée par les étudiants procède de la même intention avec comme paradigme de départ le principe selon lequel le sujet est lui-même son propre sujet d'étude, ce qui situe l'analyse de pratique dans une dimension métacognitive (Noël, 1997). Il reste que c'est l'étudiant qui, comme l'historien (Ricoeur, 1985), construit lui-même son propre récit. Une clinique du sens (Levy 1997) devrait alors inscrire la réflexion non pas dans une pragmatique clinique mais dans un après-coup porteur de sens : « *Le sens est ce qui fait sens pour des êtres concrets, en relation dynamique, comme peut le faire un lapsus, un acte manqué, un acte libre, un poème, le plaisir d'un instant ; il n'est pas dans l'histoire elle-même, où l'on a été pris, ni même dans son récit, mais dans sa reprise après coup, dans le mouvement de pensée où elle est représentée.* »³³⁷ (Levy, 1997 cité par Vial). C'est bien de ce point de vue que l'analyse-de-la-pratique nous permettra de proposer notre propre analyse, n'ayant pas à interpréter mais à analyser les logiques mobilisées par l'acteur qu'il aura tenté de formuler. Ainsi, cet éclairage contribue potentiellement à la mise à jour d'écarts entre, d'une part, une pratique et ses effets et, d'autre part, une autre activité possible porteuse d'un changement technique, social ou cognitif. Apparaissent alors, les représentations liées au soin.

Si l'on considère l'analyse-de-la-pratique comme une praxistique du soin, c'est-à-dire un discours sur la praxis (Vial, 1999), elle peut donc servir de base à la recherche puisqu'elle permet de rendre visible les éléments constitutifs du soin. Si dans le champ de l'interaction l'acteur est l'un de ces éléments, un nombre très important de facteurs restent dans l'ombre. Cette praxistique ne vient pas « *corriger les pratiques mais questionner et comprendre* »³³⁸. L'analyse-de-la-pratique est un outil de compréhension pour l'acteur lui-même. Il faudrait, comme le disait Goffman à propos de sa métaphore du théâtre, s'en servir comme d'un échafaudage pour la construction des compétences et « *les échafaudages, après tout, ne servent qu'à construire d'autres choses, et on ne devrait les dresser que*

³³⁷ EYMARD, Chantal, VIAL, Michel. *Op. cit.*, p. 12.

³³⁸ *Ibid.*, p. 8.

dans l'intention de les démolir. »³³⁹ L'analyse-de-la-pratique vient éclairer des champs restés à couvert, pour que l'acteur lui-même puisse les interroger et y trouver du sens.

Que peut-on recueillir comme information à partir de ces analyses de la pratique ? L'inscription dans une logique de compétences attendues ou visées donne à ces récits une portée qui dépasse très largement la seule sphère du *savoir-faire*, du *savoir-être* ou de la réflexion *sur*. Cette dimension de réflexivité est l'un des maillons de compréhension, de bricolage de sens (au sens de Lévi-Strauss), d'explication sensible d'une activité ayant atteint ses objectifs ou non. Le paradoxe tient peut-être au fait que prendre une posture réflexive est également une compétence, certes plus métacognitive, mais une compétence tout de même. Si la compétence individuelle qui se construit entre itinéraire personnel et professionnel est « *une alchimie qu'il est difficile de décoder* »³⁴⁰, elle est d'autant plus insaisissable et difficilement définissable lorsqu'elle s'applique à un champ réflexif. Elle fera tout de même passer de l'activité à la réflexivité faisant place à « *des jeux et à des effets de sens au niveau des pratiques* »³⁴¹.

Si l'analyse-de-la-pratique est un support pour une médiation du sens, l'entretien qui suit permet d'apporter un élément supplémentaire au processus réflexif. Les quelques questions posées, les pistes proposées peuvent permettre à l'étudiant d'expérimenter des « jeux de sens ». Il ne s'agit pas d'en déduire à toute force des vérités universelles, mais plutôt de construire un chemin de compréhension de situations rencontrées pour mettre à jour les représentations, les valeurs, les logiques à l'œuvre du sens. L'entretien nous permet, en tant que chercheur, une meilleure compréhension de la situation en ciblant des domaines comme

³³⁹ GOFFMAN, Erving. *Mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Les Editions de Minuit, 1973, p. 240.

³⁴⁰ ZARIFIAN, Philippe. *Objectif compétence*. Paris : Editions Liaisons, 2001, p. 115.

³⁴¹ ARDOINO, Jacques. *Entre bilan et commentaires ou de l'ingénieur et du clinicien* [en ligne]. 1997, <<http://jacques.ardoino.perso.sfr.fr/pdf/bilcom.pdf>> (consulté le 01/03/2014).

l'identification des ressources utilisées, les choix stratégiques en présence, les objectifs généraux de l'action, l'insertion dans une dynamique organisationnelle plus systémique, les enjeux de l'interaction...

Pour cet entretien, nous avons fait le choix d'une prise de notes *à la volée*. Bien que techniquement plus difficile à réaliser, elle a l'avantage de ne pas attribuer à l'enregistrement le caractère de preuve indiscutable pouvant inhiber la parole. Les premiers entretiens ont été enregistrés mais suite à un problème technique, quelques entretiens avec notes *à la volée* ont dus être effectués. Nous avons tout de suite mesuré l'écart entre les deux types d'entretien : attitude plus authentique, discours moins généraliste, réponses plus longues et plus détaillées, propos engageant plus directement les personnes...³⁴² Nous avons appliqué le principe proposé par Daniel Bertaux selon lequel, parfois, dans la recherche et dans les choix du chercheur, il faut « *toujours se fier à son intuition ; elle sait ce qu'elle fait !* »³⁴³

Le récit de vie de M. Pierre

Un concours de circonstances a été à l'initiative de la première rencontre avec M. Pierre. Alors que nous réalisions une autobiographie d'un personnage public suisse, cet homme évoqua le décès de son épouse et fit allusion à l'un de ses amis, M. Pierre, qui « *à la mort de sa femme, a fait le choix d'accueillir dans son appartement une personne âgée qui n'est pas de sa famille* ». Intrigué par cette démarche, nous avons souhaité rencontrer cette personne pour connaître les conditions effectives de l'accueil réalisé.

La rencontre avec M. Pierre a été organisée à son domicile, en périphérie de Genève. La prise de rendez-vous a nécessité plusieurs mois d'attente et de

³⁴² Ces notes n'ont pas fait l'objet d'une transcription.

³⁴³ BERTAUX, Daniel. *Le récit de vie. L'enquête et ses méthodes*. Paris : Armand Colin Editeur, 2010, p. 74.

correspondances car M. Pierre ne percevait pas en quoi sa démarche d'accueil pouvait être digne d'intérêt. Face à cette réticence, nous nous sommes inspiré de la méthode de Daniel Bertaux en indiquant à M. Pierre que notre recherche n'avait pas pour but de le mettre en lumière dans une situation exceptionnelle, mais d'étudier le comportement de la personne âgée qu'il accueillait et les rapports qu'ils entretenaient. M. Pierre a accepté, convaincu alors que son récit pourrait contribuer à l'avenir à une meilleure prise en charge à l'avenir de ce genre de personnes. Daniel Bertaux indique que l'on peut « *présenter l'opération de recherche de telle sorte qu'elle apparaisse utile à certaines catégories de personnes* »³⁴⁴. Ce fut le cas et l'entretien se déroula sur le lieu d'accueil de la personne âgée.

Avant la rencontre, nous avons réalisé un guide d'entretien comportant les points clefs à aborder. Nous avons retenu des notions comme l'engagement, la formation, les valeurs... Afin d'interférer au minimum avec les propos de M. Pierre, nous avons fait le choix d'un modèle narratif avec peu d'interventions, ce qui nous semblait préférable au modèle d'entretien à questions prédéfinies. M. Pierre d'une nature très loquace et conviviale a très vite affiché sa motivation à raconter son parcours de vie.

Les objectifs de cet entretien répondent à la volonté à la fois de comprendre la nature du contexte qui a permis à M. Pierre d'être aujourd'hui *personne d'accueil* et en même temps de lui permettre d'exprimer son regard sur son action. Ces éléments viennent isoler les trois niveaux de phénomènes³⁴⁵ :

- son histoire de vie
- son intériorité
- ses rapports socio-structurels dépendants de la situation.

³⁴⁴ BERTAUX, Daniel. *Op. cit.*, p. 56.

³⁴⁵ *Ibid.*, p. 71.

L'entretien a été enregistré avec l'accord de M. Pierre et transcrit *in-extenso*³⁴⁶. Les temps de pause dans le discours sont indiqués sur la transcription par un changement de paragraphe, les éléments extérieurs au langage verbal notés entre parenthèses. Les propos en gras sont ceux de l'intervieweur. M. Pierre n'a été informé plus précisément du sujet de notre recherche qu'à la fin de l'entretien.

Daniel Bertaux précise que juste après l'entretien, « *c'est le ressenti qu'il faut fixer sur le papier* »³⁴⁷. Pour cet entretien, c'est surtout le sentiment d'un échange dans la simplicité qui prévaut. M. Pierre s'est livré avec naturel, il n'a pas semblé être ni sur la réserve dans ses propos, ni dans une démonstration ostentatoire lors du récit de ses activités.

Les choix de modes de recueil des données ainsi posés, nous abordons l'analyse de notre corpus avec pour objectif la validation des hypothèses proposées. Les cinq analyses répondent à une démarche qualitative et nous préciserons pour chacune d'entre-elles ses spécificités méthodologiques.

³⁴⁶ Cf. volume 2.

³⁴⁷ BERTAUX, Daniel. *Op. cit.*, p. 66.

2. Le façonnement de la norme soignante par l'image médiatique

Si la question de la contribution des médias à la construction d'une norme soignante est à elle seule un sujet de recherche, nous souhaitons néanmoins faire l'analyse de quelques grandes figures médiatiques qui participent à la construction de l'identité soignant : « *comprendre comment les médias contribuent et façonnent les normes et les comportements des citoyens* »³⁴⁸ permet de décoder quelques-unes des influences qui sont à l'œuvre dans le soin et son environnement.

Pour étudier ce phénomène, nous prendrons appui sur le nouveau modèle de constitution de la norme en santé publique proposé par Lise Renaud (figure 10 ci-après). Les soignants sont ainsi des acteurs constitutifs de la norme, des « spécialistes », mais sont également eux-mêmes influencés par les médias dans la constitution de leurs propres références normatives : « *La norme est un standard relatif à un comportement approprié devant être adopté par des sous-groupes d'individus ayant une identité propre ; ce standard comprend une certaine obligation ainsi qu'une appréciation morale commune* »³⁴⁹. Ce sous-groupe des soignants a une identité propre, que l'on ne peut pas considérer comme créée par les leaders d'opinion, même si certains confortent cette identité par des renforcements positifs ou par des actions médiatiques exemplaires. Il pourrait s'agir de normes *constitutives*, car « *elles contribuent à la formation de l'identité ou des intérêts à la base des comportements des individus* »³⁵⁰, ici des soignants.

³⁴⁸ Groupe de Recherche Médias et Santé (GRMS), sous la direction de RENAUD, Lise. *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*. Québec : Presses de L'Université du Québec, 2007, p. 19.

³⁴⁹ FINNEMORE, M. et SIKKINK, K. (1998) cités par RENAUD, Lise. *Op. cit.*, p. 21.

³⁵⁰ *Ibid.*, p. 21.

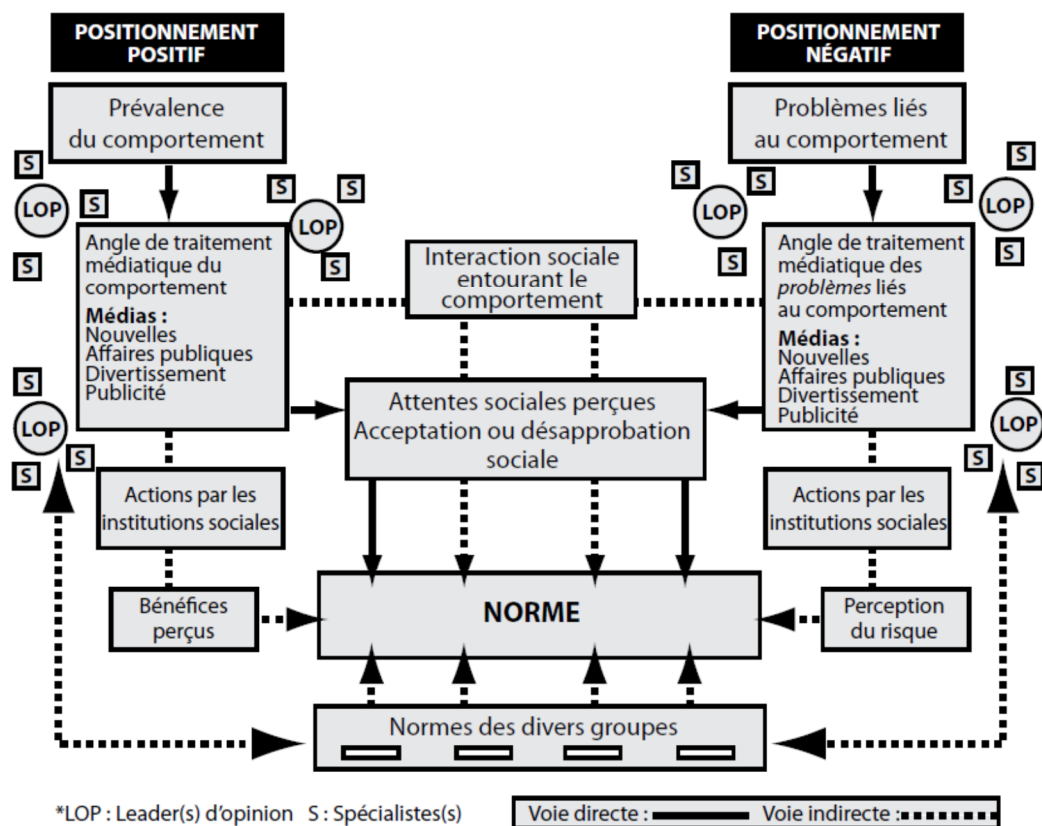


FIGURE 10 : MODELISATION DES « PROCESSUS MEDIATIQUES FAÇONNANT LES NORMES »

PAR LISE RENAUD

La société contemporaine exprime un attachement important aux acteurs du soin. Cette relation s'est exprimée tout particulièrement lors de la Révolution française³⁵¹ mais aujourd'hui encore, l'espace médiatique accorde une place particulière au métier de soignant. Cette profession très féminisée accompagne l'évolution sociétale de la condition féminine. L'infirmière est reconnue dans la société comme : une femme, exerçant un métier difficile, avec un fort engagement personnel au service des plus démunis.

³⁵¹ Cf partie I, sous-chapitre 1.2.5. « Mutation pasteurienne et évolution des pratiques ».

En effet, de nombreuses femmes médiatisées véhiculent normes et valeurs du soin. Certaines femmes sont proches de la sphère politique et d'autres ont suivi un engagement spirituel ou religieux comme mère Teresa de la congrégation des *missionnaires de la charité* qu'elle a créée en 1950, ou sœur Emmanuelle de la congrégation de *Notre-Dame de Sion* auprès des chiffonniers du Caire.

La société toute entière leur emboîte le pas et reconnaît les causes qu'elles soutiennent comme des priorités pour la société. Les valeurs transmises font l'unanimité. Les professionnels de la communication ont compris le pouvoir allégorique de ces personnages et appuient leurs campagnes promotionnelles sur ces femmes dont l'image est engagée à des titres et pour des effets divers dans la vie publique.

La campagne promotionnelle de la Croix-Rouge, sur ce point, est exemplaire. Sur l'affiche annonçant les journées nationales de l'organisation, les bénévoles sont rassemblés, à l'image d'une équipe de sport, à quelques pas derrière *Adriana*, grimés pour mieux ressembler à leur leader d'opinion.

Selon les responsables de l'organisation, l'image veut revenir « *aux fondements de l'association, en mettant en avant les valeurs Croix-Rouge tout en lui donnant l'image humaine, dynamique, d'une institution en phase avec elle-même, et dont les acteurs sont soudés et ouverts sur le monde* »³⁵².

³⁵² La Croix Rouge. *Quand la Croix Rouge s'affiche 1950-2007* [en ligne]. <<http://sites.croix-rouge.fr/sites/expo-affiches/theme.php?menu=3>> (consulté le 30/10/2013).



PHOTOGRAPHIE 1 : AFFICHE CAMPAGNE CROIX-ROUGE (T. AUBERT / ANDY GLASS)

Pour eux, *Adriana* n'est pas seulement l'égérie de la marque, elle « incarne un civisme en acte ». Elle évoque aussi sans doute, par son allure et sa plastique, l'image caricaturale de l'infirmière dans le grand public. Cette image est d'ailleurs souvent véhiculée par les étudiants infirmiers eux-mêmes dans la promotion de leurs soirées corporatives.

Si Adriana Karembeu a fait la démarche de devenir monitrice pour les gestes de premiers secours, d'autres grandes figures médiatiques se pressent au chevet des victimes de catastrophes. Lors du séisme du 10 juillet 2009 à l'Aquila, capitale des Abruzzes en Italie, Mme Carla Bruni-Sarkozy, alors première dame de France, se rend auprès des victimes³⁵³.



PHOTOGRAPHIE 2 : RETOUR DE CATASTROPHE (AGENCE REUTERS)

Sa présence est attendue, elle véhicule à la fois l'image d'une femme émue par ce qui arrive au peuple dont elle partage l'origine et celle d'une épouse engagée dans des missions humanitaires. Elle fait de même en janvier 2010, lorsqu'elle accueille des enfants âgés de 1 à 6 ans qui ont quitté Port au Prince, lieu d'un terrible séisme.

Elle se penche, elle touche les enfants, elle réconforte, elle parle...en bref elle donne des soins. Elle n'est pas soignante mais par son attitude, par sa position inscrite dans une fonction publique, elle devient la catachrèse d'un engagement soignant auprès des plus démunis. L'espace médiatique qu'elle occupe lui confère un pouvoir de prescription d'un engagement pour les professionnels. Elle

³⁵³ AGENCE REUTER [en ligne]. <<http://www.7sur7.be/static/FOTO/pe/1/0/6/medial3563166.jpg?20100122222839>> (consulté le 30/10/2012).

justifie leur activité, elle exhorte à la poursuite des actions, elle donne à voir les valeurs du soin. Lors de ses apparitions médiatiques, c'est souvent au côté de soignants qu'on peut la découvrir. Sur toutes les photos, ils font partie du *décor*, ils illustrent le soin médiatisé avec la croix qui se décline en rouge, en bleu, de Malte ou d'ailleurs... La *première dame* de France, dans ce statut de leader des femmes, des mères, des épouses, prend la place de *première soignante* de France. Elle se situe entre ceux qui soignent et ceux qui ont besoin d'être soignés.

Quand Carla Bruni-Sarkozy ou Adriana Karembeu se transforment en *soignantes* au service des plus pauvres et des plus démunis, les médias transforment ces *grandes dames* en symboles universels du soin, relayés sur le terrain par l'ensemble des acteurs du Service Public.

Lorsque ces femmes publiques ne remplissent pas ce rôle, le public et les médias n'ont de cesse de le faire remarquer³⁵⁴. A ce titre, la place de Valérie Trierweiler dans les médias est exemplaire. Il a fallu plus d'un an après l'élection présidentielle pour que la compagne de l'époque du Président de la République Française se conforme à l'image symbolique de *femme du Président*.

³⁵⁴ METRO [en ligne]. <<http://www.metronews.fr/info/treirweiler-ambassadrice-de-la-fondation-danielle-mitterrand/mlit!BZa4iAIRYfUY/>> (consulté le 10/02/2014).

Trierweiler trouve (enfin) sa place

MIS À JOUR : 20-09-2012 19:14 - CRÉÉ : 20-09-2012 18:07

Discrète depuis l'affaire du tweet de la Rochelle, Valérie Trierweiler est devenue jeudi "ambassadrice" de la Fondation Danielle Mitterrand. Mais la compagne du président de la République pourrait ne pas se cantonner à ce rôle.



PHOTOGRAPHIE 3 : VALERIE TRIERWEILER A LA « UNE » DE METRO

Au-delà du discours convenu, le choix de mettre les pas dans ceux d'une ancienne *première dame* montre combien l'image prescriptive de la femme est ancrée dans la représentation sociétale de la fonction et, là encore, dans la norme établie et Valérie Trierweiler de communiquer : « *Il ne s'agit pas de me mesurer, ni même de me comparer à elle. Il s'agit seulement de porter ses valeurs.* ».

La société postmoderne a installé de la distance avec les grands personnages porteurs de valeurs de l'esprit universel, ce que Jean-François Lyotard appelle « *l'incrédulité à l'égard des métarécits* ». ³⁵⁵ Toutefois, les médias réinventent et

³⁵⁵ LYOTARD, Jean-François. *La condition postmoderne*. Paris : Editions de Minuit, 1979, p. 7.

s'approprient de nouvelles icônes réifiées par le biais d'un storytelling pour le grand public. Le monde du soin fait partie de la cible de ces nouveaux *spin doctors* au pouvoir prescriptif en matière de normes et de valeurs. Certains étudiants sont conscients de cet impact et refusent par exemple de participer à des stages « humanitaires » organisés dans certains pays d'Afrique, considérant que ce terme déconsidère de fait toutes les actions réalisées auprès des populations du Sud.

3. La toilette : un acte fondateur de la signification du soin

Pourquoi utiliser *la toilette*³⁵⁶ comme support d'analyse dans ce travail de recherche ? Pourquoi prendre appui sur un soin qui peut paraître simple voire simpliste ? Sans doute parce que *la toilette* est un symbole particulièrement fort dans le domaine du soin, dans la représentation de l'acte premier, l'acte fondateur, l'acte initiatique pour tout soignant. De nombreux étudiants infirmiers se souviennent de la première toilette qu'ils ont réalisée auprès d'un patient, souvent lors de leur premier stage de formation. L'analyse compréhensive que nous souhaitons effectuer s'enrichit d'une approche de nature sémiologique pour éclairer les significations produites et exprimées dans l'activité soignante. Si le mot *toilette* est un abus de langage, il n'en reste pas moins une métaphore d'un champ d'activité central dans la pratique infirmière. De nombreux récits de situation, que nous analyserons plus loin, relatent ce *soin de confort et de bien-être* en questionnant particulièrement ce qui est induit en matière de communication entre soignant et soigné plutôt qu'en termes de technique gestuelle.

³⁵⁶ Le mot « toilette » désignait : « *un morceau de toile servant à envelopper des vêtements, telles a envelopper* » (orthographe originale), 1352 dans les *Comptes d'Etienne de la Fontaine, argentier du roi Jean*. Source : Centre National de Ressources Textuelles et Langagière (CNRTL).

La toilette est considérée comme le soin de base de la fonction infirmière et enseignée en ce sens au sein des IFSI. Dans l'activité en service de soins *la toilette* des patients peut-être confiée au personnel *aide-soignant* dans un travail collaboratif. Il en est de même lors des soins à domicile où l'augmentation de l'activité ne permet plus aux infirmiers libéraux de faire de *la toilette* leur activité principale. Dans la littérature professionnelle, le mot *toilette* peut être remplacé par *nursing*, en particulier dans l'expression *soins de nursing* ; il n'est pas présent dans le référentiel de formation infirmier.

3.1. La toilette : un espace et un temps de significations

Dans le langage courant, il n'est pas rare d'entendre l'expression « la toilette est au cœur du métier de l'infirmier ». Et pourtant rien n'en est dit dans le programme officiel des études d'infirmiers, ni dans l'article R.4311-5 qui dénombre les actes de l'infirmier dans le cadre de son rôle propre. Les « soins de confort et de bien-être » évoquent la dignité, la pudeur, l'intimité, les besoins fondamentaux, l'hygiène, le confort, le bien-être... mais rien sur *la toilette*.

Par ailleurs, cet article 5 mentionne « *des soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement* » mais là encore, le mot *toilette* n'est pas utilisé. Est-ce donc le fruit d'une tradition orale, d'un besoin de simplification qui a conduit à cet acte à devenir l'un des emblèmes du soin? Mais toiletter n'est pas soigner, la toilette est un terme générique dont la réalité n'est pas univoque. Elle relève d'une multitude d'expériences entropiques dont chacune porte un sens particulier. Deux niveaux d'analyse peuvent être pris en compte ici :

En premier lieu, celui inhérent au destinataire de l'acte de soin : la toilette du nourrisson est bien différente de celle de la personne âgée, la toilette de l'adulte l'est tout autant de celle de l'adolescent. Il serait possible de multiplier les exemples démontrant que le terme *toilette* ne relève pas d'un concept générique et universel mais bien d'une somme de singularités (âge, genre, habitudes, cultures...). Cette spécificité du soin *toilette* est l'un des éléments que doit prendre en compte le formateur d'IFSI pour une séquence pédagogique d'apprentissage des soins de confort et de bien-être et en particulier de la toilette. Lors de mises en situations simulées (la nouvelle appellation des *travaux pratiques*), comment reproduire un tant soit peu cette richesse des situations, toutes singulières ? Comment la traduire en mots, la verbaliser, sans pour autant apparaître dogmatique, protocolaire ou encore réducteur ?

Un second niveau d'analyse peut-être convoqué pour aborder la communication établie dans une interrelation entre celui qui *lave* et celui qui *est lavé*. Elle prend forme par le biais de gestes maintes fois renouvelés, répétés et déroulés. Peut-on dès lors, évoquer un seul type de pratique révélant une forme de relation normée, maîtrisée et par conséquent banalisée et convenue ? Il n'en est rien, le geste appartient au champ du sensible, il rend intelligible le caché et l'induit. Le protocole montre au patient tous les savoirs organisés, qu'ils soient théoriques ou pratiques. Le bénéficiaire du soin se voit ainsi signifier que l'acteur réalise la tâche avec méthode, en suivant les règles du métier. Le protocole indique au patient l'étendue de la compétence professionnelle, transférée pour chacune des situations, toutes inédites. Le soignant n'applique donc pas son protocole *stricto sensu* mais l'adapte au besoin de son patient. Finalement, Virginia Henderson n'est jamais très loin lorsque l'on cherche à analyser ses pratiques !³⁵⁷

3.2. La toilette : une expérience du sensible

Au-delà de toute tentative de définition, la toilette est sans doute devenue une catachrèse du soin. Elle est, en réalité, une expérience sensible multiforme qui donne à voir du sens : « *déchiffrer les signes du monde, cela veut toujours dire lutter avec une certaine innocence des objets, des croyances, des pratiques, fussent-elles les plus insignifiantes en apparence* »³⁵⁸. La toilette est l'une de ces pratiques dont l'existence semble si banale et si évidente qu'elle se révèle riche de significations dans le quotidien professionnel du soignant. Sur ce point nous pouvons citer De Certeau qui reconnaît aux gens ordinaires une « *créativité cachée dans un enchevêtrement de ruses silencieuses et subtiles, efficaces, par lesquelles chacun s'invente une "manière propre" de cheminer à travers la forêt*

³⁵⁷ Le modèle de soins proposé par Virginia Henderson est abordé dans la partie I, sous-chapitre 1.1.4. : « Les théories ou modèles de soins ».

³⁵⁸ GAILLARD, Françoise. Roland Barthes : les mots, les choses. *Rue Descartes*, avril 2001, n°34, p. 24.

des produits imposés »³⁵⁹. Cette « *invention du quotidien* » participe à la production d'une culture (Giard, 1990)³⁶⁰.

Dans ce contexte, nous analysons l'acte de soin « toilette » à partir de trois dimensions de la communication³⁶¹.

- La sensation

Premier pôle de l'articulation trinitaire, c'est aussi le plus prégnant dans une approche du sens. L'Eros entre en jeu dans une confrontation des corps, des touchers, des sensations. La toilette permet cette relation intime que Edward T. Hall mettait au même rang que l'acte sexuel ou le combat. Découvrir l'Autre par la géographie de son corps c'est ressentir l'Autre au travers de sa propre peau. Le re-sentir fait naître les images d'une mémoire olfactive que de nombreux soignants n'oublieront jamais : odeurs acres et amères, odeur « pomme de reinette » de l'haleine acétonique, odeur de vie du nourrisson, odeur de mort, odeur de selles... « Faire » une toilette c'est choisir de rester du côté de la création, de la vie, de l'espoir. On lave pour l'Autre, pour qu'il sente bon, pour qu'il soit prêt à la relation aux autres. On frotte, on trempe, on mouille, on sèche, on rase, on crème... On soigne l'autre corps avec son propre corps. Le soignant engage un toucher qui prend une dimension corporalisée, incarnée. C'est toute la problématique du toucher brut, sans instrument et sans médiation. Au-delà des justifications hygiénistes, en tant que soignant, quel rapport peut-on entretenir dans ce corps à corps, ce peau à peau ? Comment accompagner l'Autre dans le contact et le toucher ?

³⁵⁹ DE CERTEAU, Michel. *L'invention du quotidien*. Paris : Gallimard, 1990, page de garde.

³⁶⁰ Luce Giard cité par PROULX, Serge. *Une lecture de l'œuvre de Michel de Certeau : l'invention du quotidien, paradigme de l'activité des usagers*. In : *Communication*, vol. 15, n°2. Montréal : Editions St-Martin, 1994, p. 173.

³⁶¹ Nous utiliserons la grille de lecture « la trinité de l'expérience du sensible » : BOUTAUD, Jean-Jacques. Du sens, des sens. Sémiotique, marketing et communication en terrain sensible. *Semen, Sémiotique et communication* [en ligne]. Etat des lieux et perspectives d'un dialogue, n°23, 2007, <<http://semen.revue.org/document5011.html>> (consulté le 14/02/2014).

La réponse est sans doute dans la proposition d'un soin bénéficiant d'une « profondeur relationnelle » : « *En favorisant chez son patient un meilleur éprouvé de son corps, le soignant développe en retour sa propre compétence sensible, dans l'écoute et l'ajustement aux besoins de l'autre. Il affine sa présence à lui-même comme base d'un accompagnement attentif et d'un contact confirmant.* »³⁶².

Cette compétence sensible peut s'exprimer par une *délicatesse*, lorsque la toilette se fait intime. La sensualité s'invite dans la relation. La toilette devient *petite toilette*, réveillant une génitalité nourrie des fantasmes du corps. Par l'appellation *petite*, la médiation du verbal tente d'atténuer la violence du geste. L'Autre vient pénétrer une intimité, acte que le protocole vient expliquer, rationaliser, excuser dans l'ordre du *bien fait*, à l'inverse du geste qui se fait violence, *mal-traitance* pour une procédure dans l'ordre du *mal fait*.

- La sensibilité

Prendre soin du corps de l'Autre pour un soin d'hygiène n'est pas un acte neutre. Il engage l'acteur dans une projection des sens identifiée à sa propre sensibilité. Le rapport physique à l'Autre engage dans un espace proxémique sans barrière. Les limites sont celles du corps. Comme nous le livre la mathématique, la limite entre deux points est la position la plus proche sans que ces points ne se touchent. Ne pas être touché par l'acte du soin d'hygiène alors que les corps sont aux limites demande un effort au soignant, celui d'être dans la vérité de son rapport à sa propre sensibilité. Impossible d'être autonome en étant soignant, la toilette nous rend hétéronome. Le respect de l'Autre vient supplanter la banalisation d'un « j'ai l'habitude ». Le voile de la professionnalisation ne peut refouler perpétuellement les conséquences d'une intrusion au cœur de l'intimité de

³⁶² VINIT, Florence, BOURDAGES, Louis. *Du toucher à la qualité de contact*. In : CHAMPAGNE, Manon, MONGEAU, Suzanne, LUSSIER, Lyse. *Le soutien aux familles d'enfants gravement malades*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2014, p. 129.

l'Autre. Le respect reste au centre d'une préoccupation « personnaliste » que réactualise la société contemporaine des egos : « *Cette transcendance greffée au plus intime de la personne conjugue enfin la tendance à l'autonomie et la tendance à l'hétéronomie dans une lutte créatrice.* »³⁶³. Au moment de la toilette, le soignant ne dévoile qu'une partie du corps qu'il va laver, comme pour mieux permettre à l'Autre l'acceptation d'un autre dévoilement. Le confort et le bien-être sont pour le patient un incontournable. La toilette l'est tout autant et demeure dans l'imaginaire du soignant et du soigné un temps qui privilégie la dimension du plaisir. Si le corps est sensible, dans le sens d'une sensibilité à fleur de peau il est également le lieu du sensible dans les signes qu'il organise : « *Le plaisir doit participer du sens, les sens doivent réenchanter les signes et les significations.* »³⁶⁴.

- Le sens

Y a-t-il soin plus courant et d'apparence plus simple que la toilette ? Dans le même temps, y a-t-il un lieu plus symbolique et plus complexe que celle du corps de l'Autre ? Autant le geste est naturel et attendu pour les premiers temps de la vie, autant il signe la dépendance lorsqu'il est imposé par la nécessité du soin. Se laisser laver par l'Autre, cet inconnu, demande un lâcher-prise qui dépasse la simple explication cognitive et encore plus la justification rationaliste. La toilette est un geste soignant qui oblige le patient au dévoilement et à la nudité du corps et de l'esprit. C'est l'entrechoquement des sens et des symboles : ceux du professionnel pour qui l'efficiencia est en marche et ceux du patient qui se met à nu face à un autre qu'il ne connaît pas. C'est bien un temps où le regard porté oscille entre respect et banalisation. « Ne vous inquiétez pas j'ai l'habitude » dira le soignant. « J'ai peur parce que je n'ai pas l'habitude » pensera le

³⁶³ MOUNIER, Emmanuel. *Traité du caractère*. Editions du Seuil : 1946, p. 684.

³⁶⁴ BOUTAUD, Jean-Jacques. *Op. cit.*

patient. Au visage du soignant d'exprimer cette empathie tant attendue. Au-delà des modes vestimentaires, des tenues professionnelles et de sa fonction soignante, son visage, et plus globalement son paralangage, restera la porte d'entrée vers ce que le soignant est vraiment. Comme le décrit Emmanuel Levinas, « *le visage est signification, et signification sans contexte. Je veux dire qu'autrui dans la rectitude de son visage n'est pas un personnage dans un contexte.* »³⁶⁵ Le moi-soignant se crée au travers des actes de soin. Il mûrit des interactions avec autrui et enrichit l'idéal que le soignant s'était construit, comme l'évoque Erving Goffman : « *La nature la plus profonde de l'individu est à fleur de peau : la peau des autres.* »³⁶⁶.

Le symbole s'impose dans une société où le corps est magnifié, symbole de pouvoir sur le temps, symbole de richesse par les parures et les « toilettes ». L'esthétique est à l'articulation des sensations et des sensibilités. L'esthésie mesurera l'écart entre le sens et la sensation. L'éthique construira son propre espace entre le sens et la sensibilité. Autant de perspectives à intégrer dans la professionnalisation des soignants...

3.3. La toilette : un certain type d'ordre social

Expérience de communication à part entière, la toilette permet « *d'explorer la gestualité, l'expression des émotions, la gestion des silences...* »³⁶⁷. La relation de soin qui s'établit est nourrie de signes et de messages pluriels de la part de

³⁶⁵ LEVINAS, Emmanuel. *Ethique et infini*. Paris : Fayard, 1982, p. 91.

³⁶⁶ GOFFMAN, Erving. *Les relations en public*. Paris : Editions de Minuit, 1973, p. 338.

³⁶⁷ Erving Goffman cité par : WINKIN, Yves. *Anthropologie de la communication. De la théorie au terrain*. Paris : De Boeck Université, 2001, p. 111.

chacun des acteurs. Elle n'est pas un acte simple sans fondement et sans attendu mais bien une relation interactive dont les protagonistes sont des participants actifs : « *L'idée de base est qu'une interaction entre deux personnes n'est jamais seulement une interaction, c'est-à-dire une simple séquence d'actions/réactions limitée dans le temps et dans l'espace ; c'est toujours aussi un " certain type d'ordre social " »*³⁶⁸.

A la fois ordre interactionnel et ordre social, la toilette s'enrichit du concept goffmannien du *maintien de la face* particulièrement présent dans un univers médicalisé qui peut conduire à en oublier ce que Goffman appelle *le bien le plus précieux* : la face sociale d'une personne. La nécessaire vulnérabilité de la position du malade le rend fragile et les soignants peuvent prioriser l'acte à l'interaction. La parole est présente, le langage est médiation mais « *qu'un individu le veuille ou non, estime Goffman, son corps, en présence d'autrui, ne peut pas ne pas communiquer* »³⁶⁹. La toilette pose la question des moyens utilisés pour atteindre les objectifs du soin. Si elle reste une activité quotidienne et banale pour tout un chacun, le milieu de la santé norme les gestes, protocolise les attitudes, encadre les postures. La toilette n'appartient plus au soigné, c'est au soignant de décider des moyens à utiliser et les techniques les plus adaptées à ses besoins. Se pose alors une question de priorité pour les professionnels de la santé : s'agit-il d'abord de répondre aux exigences hygiénistes des institutions ou d'obtenir la satisfaction des désirs individuels de l'utilisateur à travers le service rendu ?

³⁶⁸ GOFFMAN, Erving. *Les moments et leurs hommes*. Paris : Seuil, 1988, p. 96.

³⁶⁹ NIZET, Jean ; RIGAUX, Natalie. *La sociologie de Erving Goffman*. Paris : La découverte, 2005, p. 43.

4. Situations professionnelles types dans le domaine du soin : observations et analyses

4.1. Catégorisation des comportements critiques dans la pratique du soin

Si l'on compare le recueil des récits de situation et la méthode de l'incident critique, celle-ci paraît adaptée pour l'orientation du travail d'analyse. John Flanagan, qui inventa cette méthode en 1954, la définit comme « *un ensemble de procédures pour recueillir des observations directes du comportement humain, afin de faciliter leur potentielle utilité dans la résolution de problèmes pratiques et le développement de connaissances en psychologie* » [notre traduction]³⁷⁰. Les situations de soins mises en récit sont effectivement des observations directes de l'activité de soin mais en même temps du comportement humain des soignants.

Nous avons donc fait le choix de construire notre analyse à partir d'une catégorisation, modèle qui nous permet d'être plus précis dans l'étude du sens de l'action. Ce modèle nous permet de faire le lien entre notre problématique et les hypothèses que nous voulons vérifier. C'est cette démarche que suggèrent Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt lorsqu'ils décrivent ce que l'utilisation d'un modèle d'analyse apporte à la recherche :

« Il faut donc les (perspectives et idées nouvelles du chercheur) traduire dans un langage et sous des formes qui les rendent propres à guider le travail systématique de collecte et d'analyse de données d'observation ou d'expérimentation qui doit suivre. Tel est l'objet de cette phase de construction du modèle d'analyse. Elle constitue la charnière entre la problématique

³⁷⁰ FLANAGAN, John C. The critical incident technique. *The psychological Bulletin*, 1954, n°54, p. 327.

retenue par le chercheur d'une part et son travail d'élucidation qui porte sur un domaine d'analyse forcément restreint et précis d'autre part. »³⁷¹.

Dans le cadre de cette recherche, il ne s'agira pas d'analyser les situations de soins pour en finalité, comme le propose John Flanagan dans sa définition, utiliser l'incident critique pour la résolution de problèmes. Chantal Leclerc nous rappelle que cette méthode a déjà été utilisée dans le monde du soin « *pour aider des infirmières à tirer profit de leur expérience clinique de manière à faire des apprentissages qui font une plus grande place à l'affectivité* (Parker, Webb et D'Souza, 1995) »³⁷². Nous choisirons l'utilisation actuelle de la méthode pour « *mieux comprendre et considérer différents construits psychosociaux contenus dans l'expérience subjective et intersubjective des acteurs* (Butterfield et collab., 2005) »³⁷³, afin d'analyser et de comprendre l'activité. « *L'analyse détaillée des incidents critiques permet aux chercheurs d'identifier les similitudes, les différences et les modèles et de chercher à comprendre comment et pourquoi les individus s'engagent dans l'activité.* » [notre traduction].³⁷⁴ Toutefois, comme le dit Kain, « *Les individus attribuent un sens à leurs expériences et quand nous formons des groupes de significations pour donner un sens au monde, nous nous engageons dans une sorte de recherche, une recherche de compréhension [...]* » [notre traduction]³⁷⁵. Le classement est donc important car il permet l'identification des représentations. A partir de cette méthode dite des situations critiques, dont

³⁷¹ QIVY, Raymond ; VAN CAMPENHOUDT, Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 1995, p. 107.

³⁷² LECLERC, Chantal, BOURASSA, Bruno, FILTEAU, Odette. Utilisation de la méthode des incidents critiques dans une perspective d'explicitation, d'analyse critique et de transformation des pratiques professionnelles. *Education et francophonie*, printemps 2010, vol. 38, n°1, p. 15.

³⁷³ *Ibid.*

³⁷⁴ HUGHES, Hilary, WILLIAMSON, Kirsty, LLOYD, Annemaree. Critical incident technique. In : LIPU, Suzanne. Exploring methods in information literacy research. *Topics in Australasian Library and Information Studies*, n°28, Centre for Information Studies, Charles Strut University, Wagga wagga, N.S.W., p. 49.

³⁷⁵ KAIN, Daniel. Owning significance : The critical incident technique in research. In: DEMARRAIS, Kathleen. *Foundations for research : Methods of inquiry in education and the social sciences*, Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum, 2004, p. 85

on rappellera qu'elle est fréquemment utilisée en tant que démarche qualitative en psychologie du travail, un titre a été choisi pour chaque récit. Comme le souligne Flanagan, ce titre « *vise à détecter, à noter, à classer* »³⁷⁶, pour permettre une catégorisation. Chacune de ces dénominations met en lumière la problématique posée par le récit et tente de définir au mieux le *comportement critique* de la situation. Le titre est formulé alternativement sous forme descriptive (ex : Un patient urine sur un soignant, le soignant réagit violement) ou sous forme interrogative lorsque la situation amène l'étudiant à se questionner sur un problème (ex : Quelles paroles dire à un mourant et aux personnes qui l'accompagnent ?).

Conformément à la méthode, les trois critères qui permettent de valider les récits de situation ont été respectés³⁷⁷ :

- Toutes les situations sont vécues par des étudiants infirmiers et n'ont pas été imaginées.
- Les incidents relatés sont circonscrits dans le temps.
- Les actions réalisées se déploient dans une interaction.

Nous avons donc réalisé un classement sous forme *de cadre de référence (frame of reference)* avec cinq types de médiations que nous avons nommés *situations types* (tableaux en annexe 1) :

- Soins et corps

Dans ces situations le corps est engagé comme médiation. Il l'est directement dans le geste, dans une dimension d'un corps à corps (Un contact de la main « débloque » une personne qui ne pouvait pas manger), mais également dans ce que le corps vient médier une relation (La position de « spectateur » face à la nudité de jeunes filles musulmanes).

³⁷⁶ LEPLAT, Jacques. Psychologie du travail. *L'année psychologique*, 1955, vol. 55, n°2, p. 48.

³⁷⁷ Ces trois critères sont présentés par LECLERC, Chantal, BOURASSA, Bruno, FILTEAU, Odette. *Op. cit.*, p. 17-18.

- Soins et technologie

Dans ces situations, la médiation dans le soin revêt un aspect technique. Il peut s'agir de la réalisation d'un pansement, d'un prélèvement sanguin ou d'une réanimation cardiaque. Le mot *technologie* reflète plus particulièrement l'aspect d'un dispositif mis en place pour réaliser le soin. Le mot *technique* aurait pu prêter à confusion car il est commun de le voir opposé au soin engageant une relation.

Cependant, un soin relationnel contient en lui-même de la technique en matière d'habiletés sociales relationnelles³⁷⁸ sans pour autant faire appel à un *instrument* ou à un *matériel* particulier. Cette *technologie* peut être directement impliquée dans le soin (La douleur inévitable d'un nouveau-né lors d'un prélèvement est jugée comme un échec par la soignante) ou présent dans la relation comme objet de la rencontre (Education à l'auto-sondage pour une personne étrangère).

- Soins et distance

Dans ces situations, le récit questionne la problématique de la distance à la personne et plus particulièrement en ce que la situation révèle du positionnement du soigné ou du soignant dans la médiation. Ce peut-être le constat d'une distance induite ou réalisée (Mourir dans une chambre double ou comment l'institution organise la solitude de fin de vie), voire un questionnement sur la *bonne* distance soignante (Peut-on faire un lien entre excès d'empathie et distance thérapeutique ?).

³⁷⁸ Nous faisons référence ici au livre *Communication et intelligence du social*, publié en deux tomes et dont l'extension web aborde ce sujet dans les milieux et professions de santé (<http://cimeos.u-bourgogne.fr/images/stories/pdf/AAS/Actes_AAS_COSMOS.pdf>)

BONNET, Jacques, BONNET, Rosette, RAICHVARG, Daniel. *Communication et intelligence du social. Acteurs, auteurs ou spectateurs des médias, de la consommation et des territoires* (Tome 1). Paris : L'Harmattan, 2014.

BONNET, Jacques, BONNET, Rosette, RAICHVARG, Daniel. *Communication et intelligence du social. Acteurs, auteurs ou spectateurs des savoirs, de l'éducation et de la culture* (Tome 2). Paris : L'Harmattan, 2014.

- Soin et environnement :

Dans ces situations, le récit questionne la problématique du soin au patient et à son environnement, il interroge en quoi la médiation comprend le soigné et son contexte. Il peut s'agir très directement de l'intervention de l'environnement du soigné dans le soin (Participation d'une famille au soin (aide à l'alimentation)) ou d'un questionnement sur l'impact de l'environnement du soin à la prise de décision ou à l'activité du soignant (A domicile, le soin demande-t-il plus de précautions ?).

- Soin et langage

Dans ces situations, le récit questionne la problématique de la place du langage comme médiation. Il convient d'accorder au terme « langage » un champ élargi en empruntant pour certaines situations, la notion de *dialecte corporel* de Goffman (Toilette auprès d'une personne mutique et catatonique). On analysera plus directement le langage verbal comme interface à la relation (Le langage professionnel auprès d'enfants).

Bien entendu, chacune des situations pourrait se retrouver dans plusieurs catégories ou, pour certains récits, dans toutes. Le choix est fait en fonction de ce qui apparaît comme l'élément porteur de sens dans la situation et dans la catégorie qui s'y rapporte. Ainsi, *la toilette d'une personne âgée prostrée* implique à la fois le langage, la distance, l'environnement, la technologie et le corps, mais, dans ce que rapporte le soignant, c'est ici le corps qui prime. Le soignant remarque « *la position fœtale* », le premier contact pour « *lui tenir le bras* », « *la petite taille de la personne* », sa posture, sa maigreur et « *son bras frêle* ». Le soignant indique même que pour lui, la posture physique de la personne âgée « *était impressionnante* ». Puis s'ensuit toute la description du rapport au corps pendant la toilette jusqu'à assimiler le soin « *à un combat* ». C'est cette dimension du soin où le corps physique est engagé, où, comme le décrit Edward T. Hall, la

distance intime procède de la même intention lors du soin et du combat. Les autres catégories sont présentes mais avec moins de prégnance sur la situation :

- le langage, lorsque le soignant confirme que même mutique, « *la patiente comprenait tout ce que je lui disais* »
- la distance, quand le soignant pensait « *que ma douceur et mon empathie étaient un plus pour cette patiente* »
- l'environnement, quand la famille est évoquée
- la technologie, à l'évocation de « *la prise de sang* » qui précède la toilette.

4.2. Approche axiologique du soin

Louis Basco nous rappelle que de nombreux auteurs accordent aux valeurs une place privilégiée dans la société : « *Elles jouent un rôle important au niveau de la psychologie de la personne. Elles sont plus ou moins structurantes du comportement. Les attitudes résultent en partie des valeurs de la personne.* »³⁷⁹. Pour notre analyse, nous avons fait le choix du modèle de Schwartz car il nous semble répondre à un certain consensus sur le sujet. Ce modèle a été confirmé par des travaux plus récents (Valette-Florence, Odin et Vinais 1996, Valette-Florence 1998, Wach et Hammer 2003) et reste une référence en matière d'approche scientifique de la question des valeurs.

Le classement de valeurs à partir de récits de situation peut s'avérer arbitraire. Pour éviter ce biais, l'utilisation de l'arbre des valeurs de Schwartz présente l'avantage d'offrir une structure au classement de ces mêmes valeurs. Pour guider les choix réalisés, nous garderons à l'esprit que les valeurs sont des instruments de compréhension du monde et qu'à ce titre, elles sont visibles au travers des comportements, des actes et des usages. La difficulté d'identifier et

³⁷⁹ BASCO, Louis. *Construire son identité culturelle*. Paris : l'Harmattan, 2014, p. 19.

de classer les valeurs résulte dans le fait qu'elles ne sont pas le plus souvent formulées en tant que telles. En multipliant le nombre de récits de situation étudiés, nous souhaitons réduire cette limite à l'interprétation, en nivelant l'importance des valeurs retrouvées dans chaque situation type. Pour ce faire, nous avons quantifié les valeurs par situation professionnelle type en fonction de leur apparition dans l'activité ou dans le discours de l'étudiant.³⁸⁰

C'est le discours de l'auteur du récit qui fera l'objet de l'analyse et non pas celui d'éventuels participants extérieurs, intervenants ou patients. Afin de mesurer l'importance accordée aux valeurs, une échelle numérique est utilisée sans pour autant qu'il soit possible d'y attribuer une mesure en tant que telle. Les choix effectués l'ont été à partir d'indices présents dans l'activité, parfois formulés de manière explicite ou suggérés par des « *allusions sous forme d'une simple phrase, ou d'un seul mot* »³⁸¹. Malgré la rigueur de la démarche suivie, on ne peut certes pas occulter la part de subjectivité dans les choix du chercheur ; il ne s'agit pas de revendiquer une neutralité parfaite mais bien d'essayer de restituer au mieux les valeurs qui correspondent aux acteurs concernés. Si les valeurs sont par nature subjectives, elles sont le point de convergence de l'activité, tout en étant mobiles en fonction des situations. Ce rôle d'ajustement au réel permet au sujet d'adapter son comportement et d'élaborer ses représentations.

En conclusion, cette étude va effectuer un chemin à *rebours* : faire émerger les valeurs exprimées au travers de l'activité alors que pour l'acteur, ce sont les valeurs qui donnent sens à la situation professionnelle vécue. L'analyse prendra en compte le point de vue de l'acteur mais également la caractéristique de la tâche réalisée au sens de Leplat et Cuny, dans une articulation entre sujet-tâche-activité :

³⁸⁰ Les tableaux récapitulatifs du classement des valeurs sont en Annexe 2.

³⁸¹ BERTAUX, Daniel. *Le récit de vie. L'enquête et ses méthodes*. Paris : Armand Colin, 2010, p. 88.

« L'activité dépend du sujet et de la tâche, celle-ci étant définie comme un objectif à atteindre dans des conditions déterminées (techniques, organisationnelles, sociales, etc.). La tâche répond à la question : qu'est-ce qui est à faire ?, l'activité à la question : qu'est-ce qui est fait effectivement. Analyser l'activité, c'est analyser ce triplet qui forme un système, chaque terme étant en double relation (dans les deux sens) avec chaque autre. »³⁸².

Les résultats de l'analyse s'appuient sur ces définitions et sur la catégorisation des situations professionnelles types. Nous pensons que la répétition de l'expression des valeurs dans les situations répond à la définition de Patrick Charaudeau : *« Nous pouvons observer que les comportements des individus dans leurs actes d'échange social ont une certaine récurrence ce qui permet de faire l'hypothèse qu'ils sont soumis à des conditions de réalisation et qu'ils obéissent à des règles. »³⁸³*. Notre démarche qualitative se fonde sur l'émergence *« de récurrences entre les différentes situations »³⁸⁴* et les graphiques réalisés ont une fonction d'illustration de ces récurrences sans chercher à en traduire l'aspect quantitatif³⁸⁵.

Par convention, dans l'ensemble des analyses, nous utiliserons le terme *soignant* pour désigner l'étudiant infirmier qui se trouve dans une position d'acteur du soin, dans le réel de l'activité soignante.

³⁸² LEPLAT, Jacques. Les contextes en formation. *Education permanente*, 2006, n°166, p. 30.

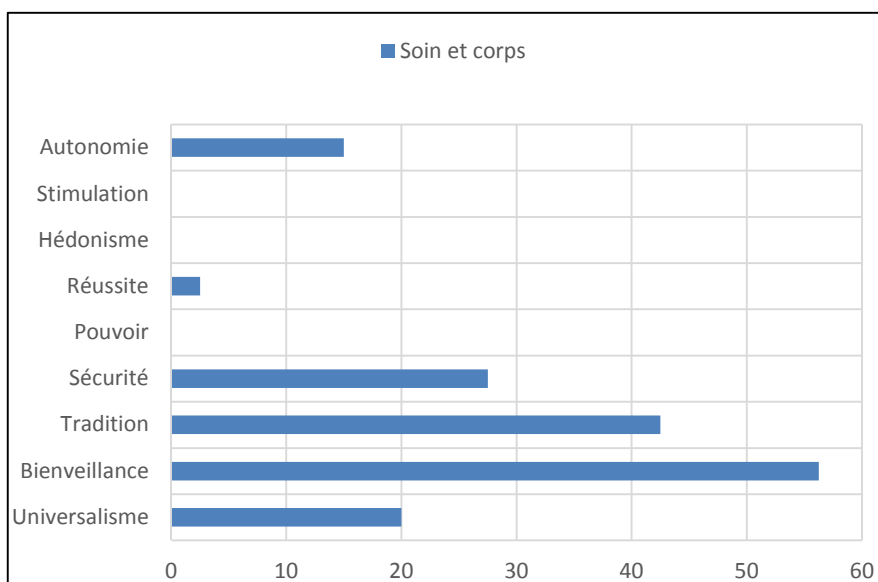
³⁸³ CHARAUDEAU, Patrick. Dis-moi quel est ton corpus, je te dirai quelle est ta problématique. *Corpus*, août 2009, p. 50.

³⁸⁴ SANSEAU, Pierre-Yves. Les récits de vie comme stratégie d'accès au réel en sciences de gestion : pertinence, positionnement et perspectives d'analyse. *Recherches qualitatives*, 2005, vol. 25, n°2, p. 50.

³⁸⁵ Les tableaux chiffrés en fonction des situations professionnelles types sont en annexe 2.

4.2.1. Le corps, entre bienveillance et bientraitance

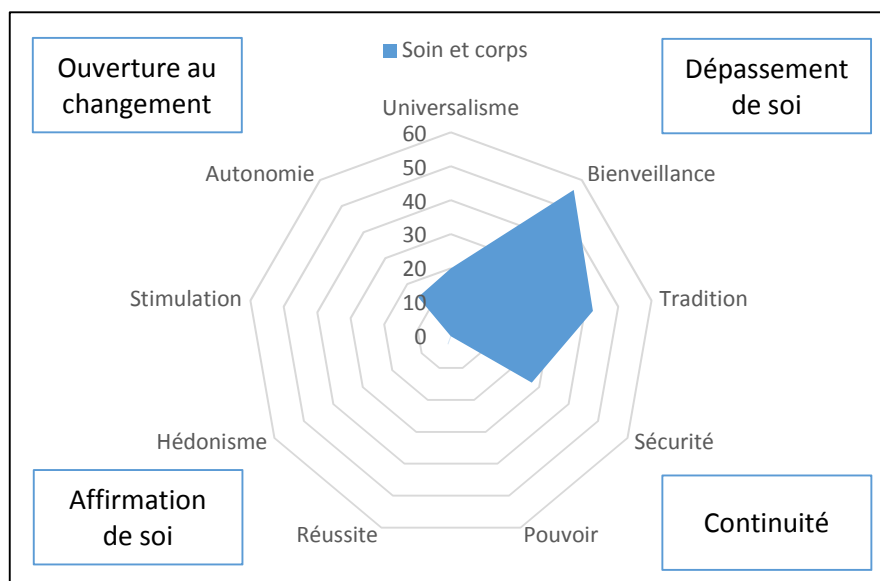
Pour la situation type « soin et corps », la « bienveillance » est la valeur la plus importante. Elle se retrouve dans la quasi-totalité des entretiens comme un fil conducteur de l'activité. L'autre valeur dominante est la « tradition-conformité »³⁸⁶, qui s'exprime plus particulièrement par le souhait de respecter les règles, les procédures et les normes pour intervenir sur le corps. En ce qui concerne la « sécurité », c'est plus particulièrement le risque de chute qui est évoqué dans cette situation type où le corps est manipulé, transporté, déplacé.



**FIGURE 11 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET CORPS :
CARACTERISATION DES VALEURS ENONCEES PAR LES ETUDIANTS**

L'ensemble des récits de situation s'organise en une répartition homogène à l'intérieur du champ « dépassement de soi ».

³⁸⁶ Nous utiliserons le terme *Tradition* pour l'ensemble des tableaux et graphiques.



**FIGURE 12 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET CORPS :
REPARTITION DES VALEURS SELON LES AXES DU MODELE DE SCHWARTZ**

Nous rapprocherons la valeur de « bienveillance » de l'activité de bientraitance. Même s'il est possible de convenir que la bienveillance est un concept beaucoup plus large qui impacte d'autres espaces comme nous le verrons dans les autres situations types, la bientraitance renvoie dans ce cas à un *traitement* du corps. Elle est très souvent présente dans les récits de situation et en particulier dans l'évocation de son contraire, la maltraitance : « *Étions-nous maltraitante à ce moment ?* » (028)³⁸⁷. On comprend là toute l'importance de la bientraitance comme base de l'activité soignante. On voit ici la crainte du soignant qui ne dit pas « sommes-nous bientraitants ? » mais exprime la volonté et le souci de ne pas franchir la frontière de la maltraitance, de la malveillance.

Quelquefois, les soignants l'expriment lorsqu'ils ont été amenés à faire des gestes sur le corps de l'Autre, gestes qu'ils considèrent par la suite comme

³⁸⁷ Les numéros entre parenthèses renvoient au *récit de situation* correspondant, retranscrit dans le volume 2 de ce mémoire.

« maltraitants » : « *Durant cette situation différents problèmes se sont posés à moi [...] le fait que je pratique une sorte de « maltraitance » dans le sens où je le maintenais il ne pouvait pas bouger et se sentait agressé.* » (030).

Dans le rapport de la bienveillance au corps, les gestes sont révélateurs de l'attention portée à la personne : « *Je me suis permis de lui prodiguer un léger massage dorsal car au moment où j'ai passé le gant pour la première fois elle m'a dit que l'endroit était douloureux.* » (048). On voit bien la volonté de faire *quelque chose* pour améliorer l'état de confort et de bien-être. L'expression « *je me suis permis* », au-delà de la recherche de justification d'un geste, montre que le soignant s'est autorisé (en tant qu'auteur) à pénétrer dans un territoire sensible, un territoire de l'intime de la personne soignée : « Je me suis permis d'aller jusque-là. » aurait-il pu dire. Ce « *léger* » massage exprime cette volonté de ne pas imposer, de ne pas faire porter sur l'Autre la charge de ses propres désirs soignants.

Les valeurs de « tradition » et de « conformité » s'expriment quant à elles très souvent sous la forme d'une nécessité pour le soignant de se conformer aux règles, aux protocoles, aux prescriptions et aux normes, dans le cadre institutionnel et réglementaire. Au moment du soin du corps, le soignant exprime ces « devoirs » par des expressions, indices caractéristiques de ce champ lexical du devoir comme : « il faut », « je dois ». C'est le cas de ce soignant qui « doit » faire la toilette à une femme en fin de vie. Il exprime ses doutes sur la nécessité du soin, ce qui le rend très mal à l'aise. Il pense alors qu'au terme de la vie d'un patient, le soignant « *se doit d'être disponible et à l'écoute, ce sont des qualités et valeurs très importantes dans la profession* » (037), traduisant ainsi les signes de l'identité forte d'une profession qui impose à l'individu son comportement. C'est la notion de devoir qui, au-delà de la directive sur l'activité, crée une sorte d'injonction des valeurs. Le soignant ira jusqu'à dire « *je ne dois pas penser à moi* », expression qui questionne la position d'un effacement de soi et du concept d'un *Moi soignant*.

Ce n'est pas le cas de la valeur « sécurité » qui concerne le patient et le soignant. Elle s'observe en particulier lorsque l'objectif de sécurité est annoncé ou quand le soignant met en œuvre des techniques de manutention ou d'appareillages adaptés : « *Dans cette situation, j'ai souhaité privilégier également la sécurité, en installant par exemple les barrières lors des différentes mobilisations ainsi que les techniques de manutention enseignées dans le but de ne pas mettre en danger la patiente et moi-même.* » (006).

Le corps peut être considéré comme vecteur de médiation dans un souci de sécurité lorsque c'est le patient qui se met lui-même en danger. Le corps permet une relation apaisante qui influe sur le patient. La méthode utilisée par un soignant auprès d'un enfant n'est pas le fruit d'un apprentissage précis mais est réalisée de manière très empirique. Le résultat est satisfaisant, l'enfant ne se fait plus de mal : « *Je lui ai chanté une chanson et j'ai effectué des vibrations en bougeant mes jambes tout en lui maintenant les bras pour ne pas qu'elle se blesse.* » (079).

Ce type de soin auprès d'enfants et en règle générale auprès de personnes vulnérables n'amène pas directement le soignant à évoquer la valeur de « l'universalisme ». On retrouve cette notion dans des propos qui prêtent aux soignants l'obligation du soin, non pas en raison d'une maladie, d'une problématique particulière, mais parce que l'Homme est Humain par essence : « *Peu importe que la personne que nous soignons soit consciente, dans le coma, valide, invalide, mutique ou bavarde, sénile ou érudite, elle a droit au respect et à l'empathie comme tout être humain.* » (028). A partir d'un problème particulier, le soignant effectue une démarche d'interrogation de sa pratique dans une dimension beaucoup plus globale. Il peut le faire après avoir eu la représentation d'être maltraitant, le soignant dit : « *Ce qui m'a permis de me dire qu'il y avait un problème ce sont mes valeurs, mon bon sens, on ne traite pas un être humain de cette façon d'autant plus lorsqu'il est souffrant.* » (030).

Cette souffrance peut atteindre le corps jusqu'à le déformer, incitant le soignant à prendre du recul pour protéger la personne dans sa dignité : « *Je n'ai rien laissé paraître en gardant en tête que la personne ne peut pas être réduite à une pathologie, que c'est avant tout un être humain.* » (045). Dans ce cas, la nudité fait apparaître un corps obèse, un corps qui « *choque* » le soignant et qui lui fait recourir à la valeur de l'universalisme.

Alors le soignant imagine cette valeur comme s'imposant à tous, l'amenant aussi quelquefois à souhaiter convaincre le soigné de la partager. Confronté lors d'une toilette au discours d'un soigné en fin de vie qui ne trouve plus de sens à son existence, le soignant dira : « *Mon objectif, à ce moment-là, était de lui redonner foi en la vie.* » (037), comme s'il n'était pas concevable que l'on ne puisse plus avoir envie de vivre en toute autonomie d'acte et de pensée.

« L'autonomie », une valeur classée dans la catégorie de l'ouverture au changement, est quelquefois nécessaire au soignant pour se rassurer sur ses capacités à atteindre ses objectifs. Une soignante est confrontée aux remarques de sa supérieure qui lui demande d'en tenir compte dans les soins. Dans ce cas, les propos tenus révèlent que l'autonomie permet au soignant de continuer d'agir en fonction de ses choix : « *Je me proposai à chaque fois que j'étais de matin pour la toilette de Mme G.. Je préférais la faire seule pour éviter tout rapport de force.* » (028). Lorsqu'il y a rapport de force, conflit, changement, l'autonomie peut permettre d'éviter la confrontation aux Autres lorsque ceux-ci apparaissent comme une menace dans le fonctionnement de l'interaction. Elle exerce alors une fonction contenante permettant à l'acteur de reconnaître son mode d'organisation personnelle et de se projeter à distance, sur de nouveaux modes de relation.

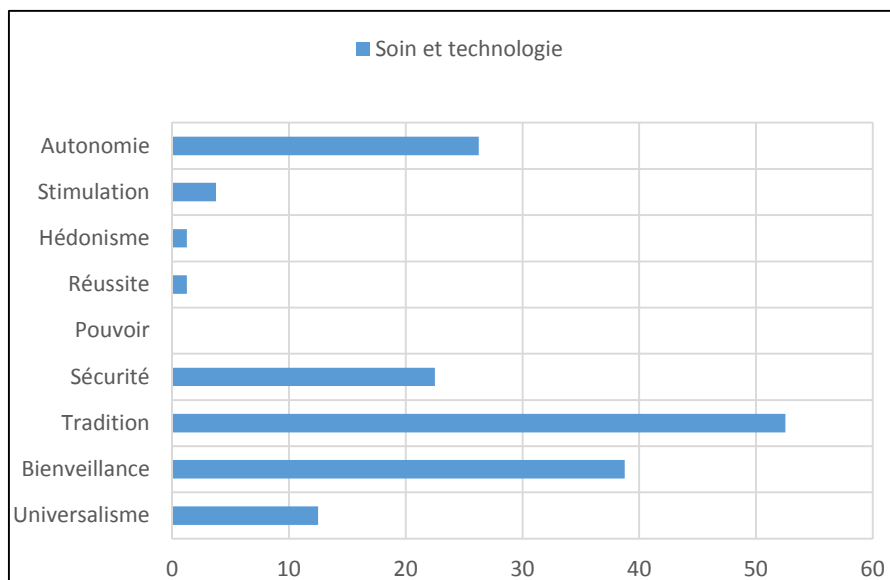
La valeur « réussite » peut faire l'objet de l'expression d'une fierté d'avoir pu atteindre le but fixé : « *J'étais fière de lui avoir apporté ce petit temps de bien-être et d'avoir constaté que ma méthode de prise en charge avait été efficace avec elle.* » (048). A l'inverse, cette valeur peut exprimer la représentation d'un

échec : « *J'ai eu une impression d'échec et donc un peu en colère, [...]. Le problème qui s'est posé est que je ne voulais pas me mettre en échec en la laissant chuter...* » (029). Le soignant déclarera par la suite que « *surtout j'avais peur qu'elle se fasse mal* », atténuant la première formulation ne répondant pas à la problématique du patient. Il exprime la volonté de ne pas *être en échec* dans cette relation à la douleur du corps de l'Autre et il formulera également dans l'entretien l'importance de sa réussite au regard des autres soignants ainsi que du besoin d'expliquer les conditions de la situation pour se justifier.

Cette catégorie de situations professionnelles types permet de mettre en exergue l'investissement soignant qu'impose le corps de l'Autre. Si les valeurs tendent à questionner ou quelquefois contraindre les attitudes des acteurs lorsque le soin initie un conflit au sein de leurs représentations, elles permettent également de créer des espaces de relation où la sensorialité permet l'échange et l'interaction désirée par le soignant. Ainsi, le corps questionne les valeurs fondamentales de l'Homme et fait apparaître les attributions que le soignant y associe.

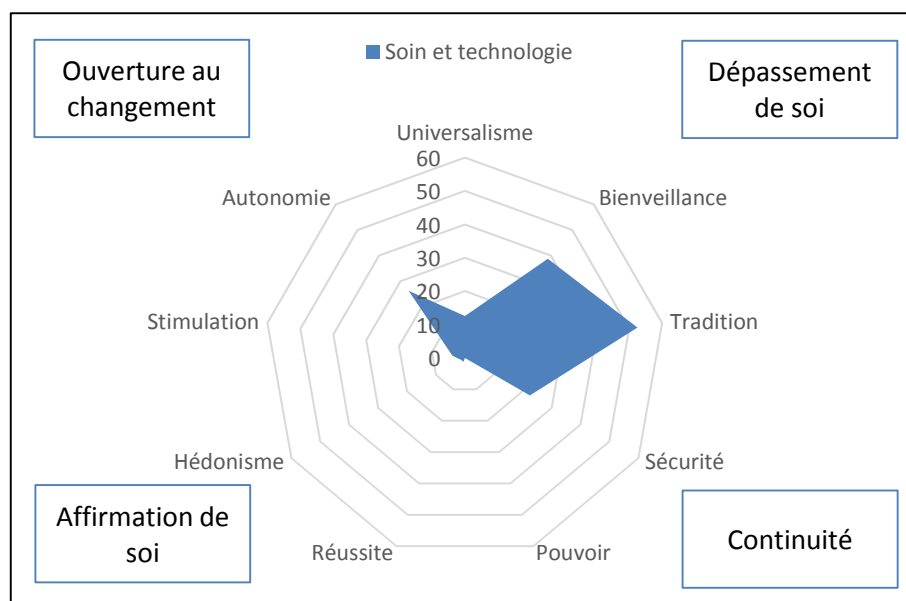
4.2.2. Une technique protocolisée

Pour la situation type « soin et technologie », la valeur la plus récurrente est « tradition-conformité ». Elle est d'autant plus présente que l'acte réalisé demande une habileté technique au soignant. L'autre valeur importante est la « bienveillance » qui peut s'exprimer sous forme de questionnement au regard de l'acte technologique. Il est à noter que « l'autonomie » s'exprime dans des proportions proches de la valeur « sécurité ».



**FIGURE 13 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET TECHNOLOGIE :
CARACTERISATION DES VALEURS ENONCEES PAR LES ETUDIANTS**

L'ensemble des situations s'organisent dans une répartition entre les champs « dépassement de soi » et « continuité ». Il est à noter que « autonomie » appartient au champ « ouverture au changement » et qu'elle apparaît détachée des autres valeurs de ce champ. Nous analyserons cette particularité en lien avec le caractère mesurable de la réussite d'un acte technique.



**FIGURE 14 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET TECHNOLOGIE :
REPARTITION DES VALEURS SELON LES AXES DU MODELE DE SCHWARTZ**

Le soin technologique est normé et protocolisé dans un environnement qui nécessite procédures et modes opératoires communs aux différents intervenants. Ce constat est à mettre en parallèle avec la récurrence de la valeur « tradition-conformité » pour cette situation type : le soignant recherche « *les conduites à tenir* » (017). Lorsqu'il se trouve en difficulté pour les réaliser, il questionne assez directement sa capacité personnelle à s'adapter à la situation : « *Je n'ai pas été à la hauteur dans cette situation.* » (008). Dans ce cas, ce qui était en cause n'était pas objectivement sa compétence mais bien le contexte de

la pathologie et du soin technique à réaliser qui, quoi que puisse faire le soignant, allait être douloureux. Finalement, c'est la réaction du patient qui perturbe le soignant bien plus que le soin prodigué.

Pendant le soin, la problématique du rôle se pose assez régulièrement lorsque le soignant pense que la norme lui impose un soin, il peut alors considérer que le rôle qui est attendu de lui est plus important que la vérité : « *On peut mentir pour le bien-être de la personne.* » (015). Cette vérité s'adresse au soigné mais également au soignant lui-même. Le soignant s'impose alors à lui-même le positionnement qu'il adopte : « *Comment est-il possible d'instaurer un dialogue avec un infirmier référent optant pour cette méthode d'encadrement lorsque celle-ci ne nous convient pas ? Avons-nous une quelconque légitimité à lui signaler ?* » (071). Dans ce récit de situation le comportement d'encadrement ne correspond pas à ce que le soignant s' imagine être *bon* et pourtant, c'est sa légitimité à dialoguer avec l'autre soignant qu'il questionne, une mise à distance du rôle (Goffman, 1961).

Dans une autre situation, c'est la prescription médicale qui va créer un conflit. En effet, le soignant ne souhaite pas réaliser un sondage urinaire qu'il considère comme inutile pour ce patient qui, cliniquement, n'en a pas besoin. Il relève effectivement de son rôle de ne pas réaliser l'acte car la situation clinique du patient a évolué et la prescription est devenue obsolète. Toutefois, le poids symbolique de la décision du médecin est plus forte que le refus d'application de la prescription qui devrait être faite par le soignant : « *Les infirmières ont répondu que c'était une prescription médicale et qu'il fallait l'exécuter. Puis elles se sont rattrapées en disant que c'était pour son confort. Je pense surtout qu'elles étaient pressées et ne voulaient pas aller chercher le bladeur scan trois étages plus bas. Bien qu'elles n'aient pas tort, le sondage améliorerait le confort du patient. J'ai donc effectué la pose du sondage.* » (031). On comprend bien toute cette zone conflictuelle excusée par le « *confort du patient* » qui met en lumière le poids de la conformité. La formulation du *rattrapage* ne semble pas convaincre le soignant.

Lors d'un soin technologique, il peut arriver que l'aspect purement technique prenne le pas sur d'autres éléments et relate dans ce récit de situation, le soignant faisait face à un jaillissement de sang inattendu : « *Catherine m'explique que je me suis peut-être trop dispersée à parler au patient.* » (024). Dans ce cas, il n'y a pas de risque particulier et pas de désagrément majeur pour le patient. Pour le soignant cependant, ne pas réussir le geste *parfait* le questionne sur ses priorités. Même s'il a remarqué des signes cliniques comme le jaillissement du sang, il en fait une analyse qui lui est propre. Au travers de ses propos, il est possible de comprendre que pour lui, ce qui prime et a de l'importance c'est le respect du protocole : « *L'infirmière m'a alors dit qu'au niveau de la technique c'était très bien, que j'avais essayé compte tenu de la situation de rassurer la maman mais que néanmoins si j'avais bien respecté le protocole antidouleur le bébé n'aurait pas dû pleurer.* » (073). Discours ambivalent dans la mesure où si « *la technique c'était très bien* », pourquoi l'enfant avait-il pleuré ?

Le respect du protocole vient comme une règle absolue mais vient-il, dans tous les cas, répondre à la problématique du soigné ? Le malade n'est plus une personne autonome, qui peut réagir en fonction de lui-même, mais l'objet d'une activité qui le contraint et lui dicte son comportement. Les gestes sont normés, la relation est délimitée, le temps est compté : « *il ne faut pas 20 minutes pour faire une prise de sang !* » (074).

Lorsque qu'une valeur semble mise à mal ou qu'un geste dépasse ce que le soignant aurait naturellement fait, il s'en suit une sorte de trouble qui interroge la « bienveillance » au cours de la situation : « *Ça a été perturbant et embarrassant pour moi d'avoir dû la contenir, car je trouve que c'est une forme de violence, de maltraitance même si je ne lui faisais pas mal, c'était contre sa volonté.* » (015). La situation présente la contention comme un acte délicat à réaliser lorsque le patient n'est pas compliant. Cette bienveillance dont veut faire preuve le soignant se confronte à une réalité, à un geste technique nécessaire à la sécurité du patient et du soignant : « *Quand ils sont agités [...], il ne fallait malgré tout pas utiliser la force (qu'il y avait des limites lorsqu'on les tient) et faire attention à ne*

pas faire mal à la personne, il faut travailler en gardant une sécurité pour la personne et soi-même. » (015).

C'est ce rapport à l'acte et aussi à la représentation du risque qui questionne la valeur « d'autonomie », en particulier lorsque qu'il s'agit de réaliser une activité qui peut faire mal, qui peut entraîner autre chose que l'effet attendu. C'est le cas de ce soignant qui, en réalisant un pansement, déclenche la douleur et une réaction vive de la part du patient. Le soignant exprime son étonnement : « *Elle avait toujours été respectueuse envers moi jusqu'à ce jour, où je suis alors devenue « dominée » dans la relation que j'avais avec elle. » (008).* Le soignant qui pensait maîtriser la relation, se trouve « *dominé* », perturbé dans cette valeur d'autonomie dont il pensait qu'elle le rendait « libre » face aux situations rencontrées. Ici, il se trouve dépendant de cette réaction qui vient alors le troubler dans son identité et son image de soi. « *La communication est un processus prévisible* »³⁸⁸, le soignant fait l'expérience de la rupture de ce processus, ce qui le déstabilise.

La réussite d'un acte de technologie est considérée par le soignant comme un marqueur de son autonomie : « *Cet acte m'a rassuré en voyant par moi-même ce qui avait été acquis dans la réalisation d'un acte technique. » (069).* Le soignant associe cette réussite à une autoévaluation de sa compétence sur un modèle de la répétition de l'acte : « *Sur ce genre de soins, je me sens assez autonome pour les réaliser seule en sachant qu'ils ne sont pas très compliqués et que c'est essentiellement le fait de pouvoir les répéter régulièrement qui permet de se sentir confiant et autonome. » (069).*

Et si la confiance est l'un des facteurs importants de l'autonomie, lors des situations d'urgence, la valeur de « stimulation » apparaît comme centrale avec cette particularité d'une recherche de sensations fortes. Ce sentiment est souvent partagé avec celui d'un questionnement sur le bon geste, d'une prise en

³⁸⁸ MYERS, Gail, E., MYERS, Michelle, Toleta. *Les bases de la communication interpersonnelle ; une approche théorique et pratique*. Montréal : Mc Graw-Hill, 1984, p. 11.

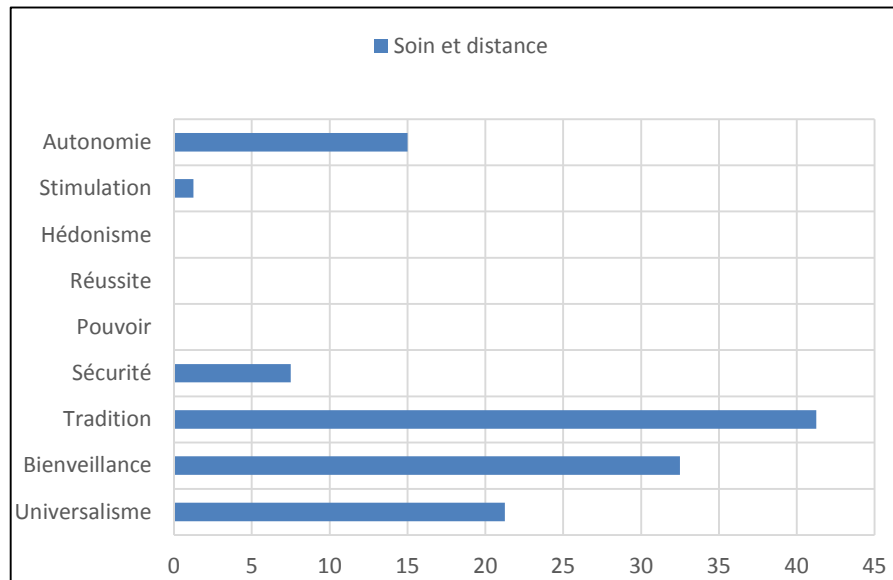
compte de la gravité de la situation pour la personne : « *J'étais partagée entre un sentiment d'excitation et de tristesse.* » (039). Dans le discours soignant, cette valeur de « stimulation » est souvent mise en avant lorsqu'il s'agit de choisir une orientation professionnelle, un choix de champ disciplinaire : « *L'adrénaline fut bien présente ce soir-là et me conforta dans mon idée de faire carrière dans l'urgence ou la réanimation.* » (039).

La catégorie de situations professionnelles types « soin et technologie » permet de mesurer l'impact important de l'aspect technique du soin sur l'expression du respect de leurs valeurs par les soignants. En effet, si les procédures et les normes techniques impliquent une rigueur dans l'exécution des règles en mettant en avant la valeur « tradition », les soignants identifient les écarts et les conflits qui pourraient mettre en défaut leur bienveillance et leur attention au patient. Ils comprennent les enjeux et réajustent alors leurs comportements en fonction des priorités qu'ils établissent.

4.2.3. Distance et tradition soignante

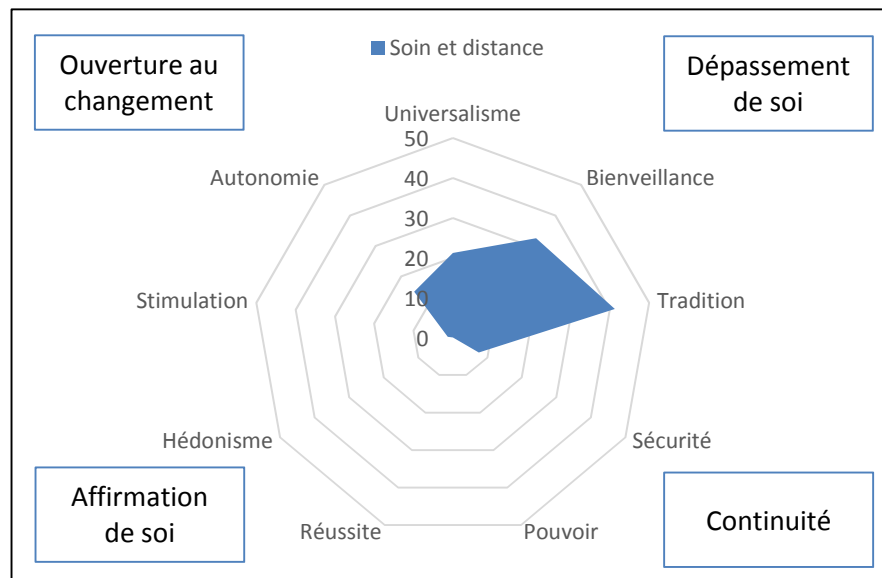
Pour la situation type « soin et distance », c'est la « tradition-conformité » qui est la valeur la plus exprimée. Elle est souvent associée à la réponse à la problématique de la distance thérapeutique qui se pose au soignant. La « bienveillance » est la valeur exprimée en deuxième intention. En ce qui concerne « l'universalisme », cette valeur est formulée dans des situations

particulières qui questionnent des problématiques plus générales : la mort ou la douleur.



**FIGURE 15 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET DISTANCE : CARACTERISATION DES VALEURS
ENONCEES PAR LES ETUDIANTS**

L'ensemble des situations s'organise en une répartition entre les champs « dépassement de soi » et « continuité ».



**FIGURE 16 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET DISTANCE : REPARTITION DES VALEURS
SELON LES AXES DU MODELE DE SCHWARTZ**

Dans cette situation professionnelle type « soin et distance », le soignant exprime des éléments relatifs à la valeur de tradition-conformité en ce qui concerne l'impact des normes et des lois en matière de proximité avec le soigné : « *Je décide de réajuster mon attitude, parce que je suis présente en tant que future soignante et je dois respecter le cadre thérapeutique, ainsi que la distance thérapeutique.* » (022). La prise de distance est consciente et en premier lieu pour respecter le cadre thérapeutique. Après avoir observé les signes cliniques du patient, le soignant n'exprime pas qu'il souhaite ajuster son positionnement en réponse à la problématique du soigné. Sa nouvelle attitude est justifiée soit par un « *cadre thérapeutique* », une posture de « *future soignante* », soit par le respect à une conformité sociale et professionnelle.

En effet, les règles de ce type sont édictées par les soignants dans un cadre strict et non mobile. Les justifications, en tant qu'attributions de motifs de décision, sont toujours d'ordre *thérapeutiques*, terme global et peu précis. C'est le cas du tutoiement dans un service de psychiatrie : « *De plus elle tutoie facilement le personnel. Alors que la règle est le vouvoiement.* » (022). Dans cette situation le soignant questionne la distance que cherche à réduire le soigné : qu'en est-il de cette distance que veut imposer le soigné au soignant et quelles en sont les significations ? Pour un autre soignant, en contact avec une personne présentant un retard mental, un cadre extrêmement strict est adopté : « *Les médecins, infirmiers, aides-soignants et étudiants doivent la recadrer dès qu'elle est trop familière pour conserver la distance thérapeutique.* » (026). Ici la distance est maintenue par un *cadrage*, notion sans doute liée dans les représentations des soignants au *cadre de soin*. N'y a-t-il pas dès lors confusion entre distance et limite dans les représentations des soignants ?

Dans cette autre situation, l'infirmière ne peut réussir la pose d'un cathéter pour une raison mécanique sans lien avec sa compétence ou son habileté et une goutte de sang perle du bras du patient. Il faut préciser que cette situation sans aucune gravité est banale et qu'il n'y a bien souvent aucune explication. Et pourtant le soignant s'exprime en disant : « *J'étais partagée entre un sentiment*

de honte (de me sentir mal), je me disais que je devais tenir le coup, qu'il fallait que je reste auprès de Mme R. mais je sentais intérieurement que je devais sortir au plus vite. » (023). Ce soignant doit *tenir le coup*, il a honte d'être soumis à des émotions et des sentiments et il ne doit pas le montrer : « *Je n'avais pas fini mon soin, ma place était dans la chambre, à terminer ce que j'avais commencé !* ». La distance lui est dictée par une norme qui fait conflit : « *Je dois apprendre à me protéger en mettant cette distance professionnelle* ».

La distance semble pensée comme une norme que le soignant doit pouvoir respecter, gage d'une capacité à se protéger et à protéger le soigné : « *J'ai donc vite compris qu'il faut être proche du patient sans pour autant trop s'y attacher, ce qui pourrait nous faire beaucoup de mal, ainsi qu'à ce dernier d'ailleurs.* » (042). Et pourtant, il y a une différence entre distance professionnelle et distance sociale. Le soignant l'indique dans ce qu'il appelle la « *convenance* » : « *lorsque nous entrons en relation avec un patient pour la première fois, nous choisisons d'emblée de maintenir une distance basée sur une simple convenance* » (087). Le soignant qui dans cette situation est mis en difficulté, analyse qu'il n'a pas su ou pas pu mettre une distance plus normée et que la distance « *de convenance* » l'a finalement mis en difficulté.

Le recours au règlement du service vient sécuriser le soignant jusqu'à prendre le temps de le lire au patient : « *Nous avons lu le règlement intérieur du service ensemble en insistant sur la partie liée au respect du personnel soignant.* » (093). La communication lui semble dès lors « *adéquate* » pour permettre la suite du soin. Nous observons sur ce point que ce rappel à la loi ne préjuge pas d'une communication soignante réussie. Qu'en est-il en terme de partage de signification entre les deux acteurs ?

Mais si dans cette situation, le soignant a pris du temps pour lire le règlement, l'opposition entre valeur de « *bienveillance* » et surcharge de travail, manque de temps, est souvent exprimée. Le discours du soignant tente alors de justifier un positionnement plus distant vis-à-vis du patient. : « *La relation avec le patient a*

pour moi une grande importance. Le soin relationnel fait partie du métier d'infirmier, la surcharge de travail et le manque de temps conduisent certains professionnels à le laisser au second plan. » (046). Il ne s'agit pas là d'excuser un comportement mais de faire le constat d'un manque qui met le soignant dans une situation de questionnement : *« J'ai eu du mal à me situer parmi les professionnels de santé mais c'est avec beaucoup de plaisir que j'ai passé du temps avec certains patients, à parler, à les rassurer, en étant disponible. »* (046).

Le soignant doit traiter la vérité comme un élément de la « juste » distance dans le soin. La vérité envers le patient mais également la vérité envers lui-même, tel est le mot d'ordre de la pratique. Nous considérerons cette notion de vérité comme un élément de la valeur « universalisme ». En effet, la question du positionnement face à la vérité interroge les valeurs fondamentales et les représentations attachées à l'Homme. *« Je n'étais pas vraiment bien après cette situation embarrassante car la patiente n'en pouvait plus d'attendre et mentir n'est pas une chose que j'adore faire. »* (013). Pour ce soignant, sa réflexion reflète cette mise en difficulté éthique de la construction de son identité, de ce qu'il souhaite de son rapport au monde, en ce qui concerne les valeurs ainsi que de la distance voulue entre son espace moral, lié à ses représentations personnelles, et l'espace de l'activité.

Le souhait de respecter la personne induit donc pour le soignant une distance qu'il qualifie de thérapeutique : *« Le vouvoiement me semble pourtant essentiel dans la distance thérapeutique, c'est une marque de respect et il permet d'éviter la proximité et de freiner son implication dans la relation soignant-soigné. »* (055). Il y a dans cette situation à la fois une vision holistique de l'Homme, avec le respect, un souhait de ne pas aller trop loin dans la relation et une attribution qui fait du respect le levier permettant de ne pas dépasser les limites. Peut-on questionner ces limites en termes de normativité ou de respect d'une vision autonome de la personne soignée ?

C'est d'autant plus le cas lorsque sont en jeu les notions de vie et de mort, de souffrance, de résilience. Dans la situation qui suit, c'est l'accompagnement d'un patient en fin de vie qui interpelle le soignant sur : « *la dignité, le respect de l'être humain ainsi que de ses valeurs, ses actes ou ses paroles.* » (075). Le soignant qui se trouve confronté à une situation pour la première fois est questionné sur une réalité humaine ou sociale : « *je n'imaginais pas la fin de vie de cette manière, je ne pensais pas que l'on pouvait être seul.* » (084). Il s'interroge alors et verbalise ses choix et ses valeurs : « *j'ai été choquée par le fait que les conditions de travail et le manque de personnel dans cet EHPAD ne permettent pas à l'équipe soignante de libérer le temps nécessaire à l'accompagnement d'une personne en fin de vie.* » (084). Au-delà des contraintes matérielles et financières, le soignant est interpellé dans ce qui, pour lui, est de l'ordre d'une valeur fondamentale, d'une certaine vision de « l'universalisme ».

Cette catégorie de situations professionnelles type fait apparaître que l'attitude soignante est marquée par le souci d'adopter une distance adaptée au soin. Toutefois, si le recours à des notions telles que distance thérapeutique ou cadre soignant fait appel à un positionnement relationnel, l'expression des représentations des soignants fait plutôt référence à une normalité relationnelle qu'à une distance individualisée dans une interaction en situation.

4.2.4. L'entourage du patient fait partie intégrante du soin

Pour la situation type « soin et environnement », la « bienveillance » est la valeur la plus importante, elle est présente dans toutes les situations qui prennent en compte l'entourage proche du patient. L'autre valeur significative est la « tradition-conformité », dans des proportions bien moindres et relatives à des

situations qui peuvent impliquer la pluri-professionnalité, en particulier lorsqu'elles nécessitent un travail en collaboration avec l'équipe médicale.

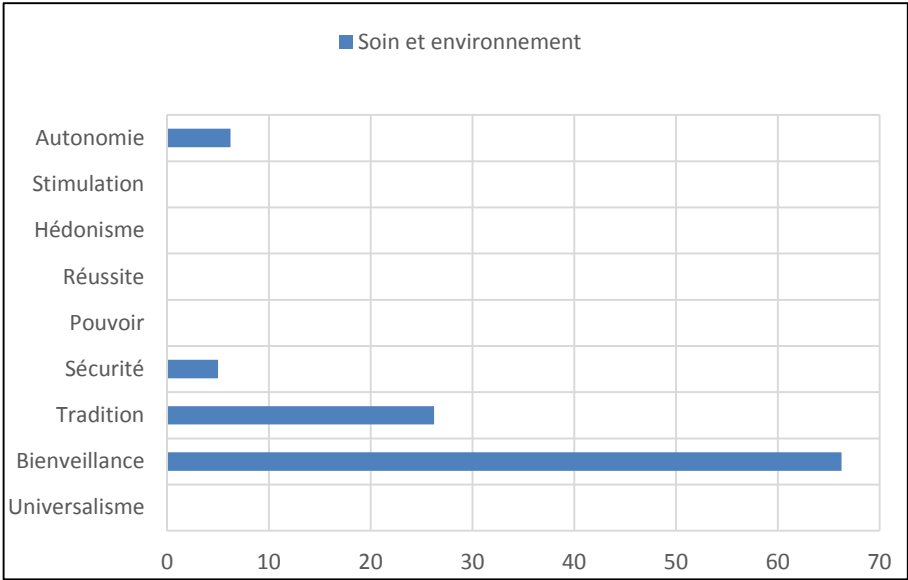


FIGURE 17 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET ENVIRONNEMENT : CARACTERISATION DES VALEURS ENONCEES PAR LES ETUDIANTS

On constate ici que l'ensemble des situations s'organise sur le champ du « dépassement de soi ».

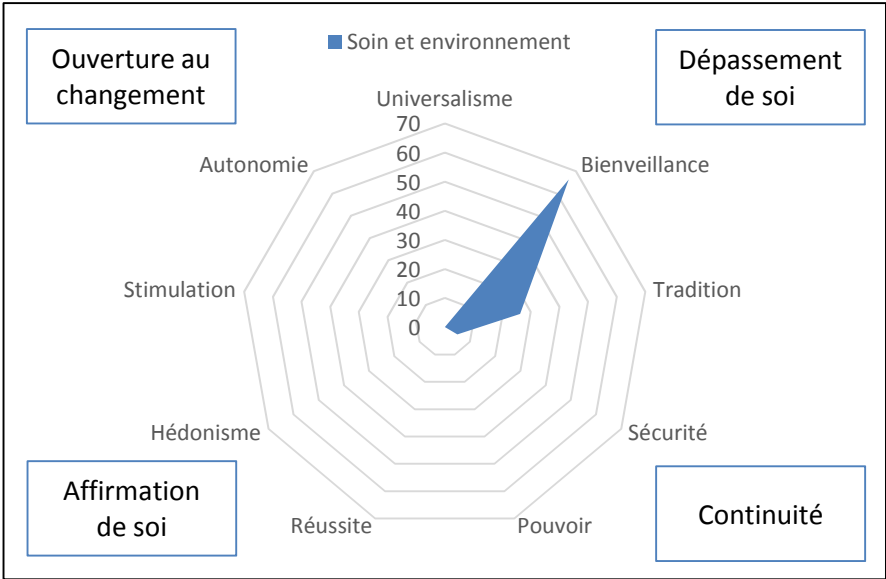


FIGURE 18 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET ENVIRONNEMENT : REPARTITION DES VALEURS SELON LES AXES DU MODELE DE SCHWARTZ

La place faite à l'entourage du patient s'inscrit dans une conception globale du soin. Le soignant mesure ici la réussite du soin à l'autonomie prise par la femme d'un patient au moment de l'aide au repas : « *Je me suis également sentie fière de moi car les jours suivants c'est Mme B qui dès qu'elle était présente s'est occupée du repas de son mari.* » (007). Cette préoccupation révèle la posture bienveillante adoptée à l'égard de l'entourage familial du patient.

L'environnement hospitalier est d'ailleurs quelquefois difficile à comprendre pour les personnes proches du patient. Dans la situation de soin suivante c'est une maman qui accompagne son bébé. Le soignant prend de nombreuses précautions pour entrer en communication avec elle et il aménage son temps de travail pour l'accompagner. Cette valeur de bienveillance se retrouve dans l'envie d'intégrer la maman à l'espace du soin pour son enfant : « *Je lui redis " essayez de ne pas trop vous inquiéter même si je sais que ce n'est pas facile " et surtout qu'elle n'hésite pas à venir nous voir si ça ne va pas, ou si elle a besoin de quelque chose.* » (058). Le soignant souligne que cette préoccupation doit être présente dès l'arrivée de l'enfant, dans une justification très goffmanienne du maintien de la face : « *Cette situation m'a permis d'apprécier l'importance des entretiens d'accueil ainsi que les conséquences que cela peut avoir de ne pas se présenter et prendre le temps d'accueillir correctement l'enfant et ses parents. Ce temps qui permet aux parents de ne pas perdre la face, qui permet de les aider à garder leur place de parents...* » (058). Apparaissent ici des attributions de qualité de service liées à la qualité de l'accueil.

Face à un enfant de dix ans, un soignant dit : « *j'avais parfois envie de le prendre dans mes bras mais je me suis souvenu du concept de distance thérapeutique.* » (083). Il n'agit pas mais ce désir exprime en profondeur la valeur de bienveillance. Une autre soignante rend possible des moments privilégiés pour le bien-être du patient et de son entourage et le verbalise simplement mais de manière très explicite lorsqu'elle permet le contact entre une personne qui va mourir et sa fille

au téléphone : « *Cependant cette situation m'a positionnée en tant que témoin. Les paroles très intimes de la fille me mettaient parfois mal-à-l'aise. Je me sentais à la fois de trop mais également indispensable pour faire le lien entre la mère et la fille* » (086) ; un lien au cœur d'une intimité partagée, rendu possible par une bienveillance et une simplicité de l'acte réalisé.

Qu'en est-il de la valeur tradition-conformité ? On la retrouve dans la situation de soin où le patient va mourir et souhaite fumer. Le soignant est mal à l'aise car il sait qu'il est important de répondre à cette demande et que finalement, si l'équipe ne le fait pas, c'est en raison des normes de sécurité et de fonctionnement qui n'ont pas vraiment de sens à ce moment-là. Et pourtant, le soignant n'ira pas contre l'équipe et ce qu'il considère comme de mauvaises *excuses*. Le patient n'ira pas fumer avant de mourir : « *Le plus important est de faire comprendre à Mme B que nous sommes présents pour elle et toujours à ses côtés afin de l'apaiser et lui faire oublier son envie de fumer qu'on ne peut pas toujours exaucer. J'arrive à me positionner vis-à-vis de cela même si cela reste difficile de lui refuser son dernier souhait.* » (027).

On comprend que ce soignant réalise un acte qu'il se croit contraint de faire. C'est le cas aussi de cet autre qui traduit les propos du médecin auprès du patient en lui disant : « *tout va aller bien après l'opération* » alors qu'il a appris par l'équipe soignante dans le temps des transmissions qu'il n'y avait aucun espoir de guérison et que le patient allait mourir prochainement : « *J'ai été très étonnée par la différence de discours entre l'infirmière et le médecin.* » (066). Et pourtant elle continuera à ne pas dire la vérité, contrainte par la situation et témoin actif du mensonge assuré fait par le médecin même qui avait annoncé à l'équipe le diagnostic inéluctable : « *Je pense que pour ce type de situation et ce genre d'annonce, j'aurais dû refuser de traduire dans l'immédiat et demander un délai afin de préparer l'entretien, demander des conseils aux soignants qui s'occupent des consultations d'annonce et surtout avoir plus de connaissance sur le diagnostic annoncé.* » Cette réflexion va au-delà d'une seule erreur de *savoir-faire* en révélant la manière dont le soignant a assimilé la normativité de son

positionnement entre le patient et le médecin et comment il s'attribue un certain rôle qui fait sens pour lui.

La loi n'explique pas tout, ne justifie pas tout ; elle est utilisée pourtant par des soignants pour expliquer leurs actes et leur attribuer une légitimité externe, le biais de *l'auto-complaisance* (Miller et Ross, 1975). Dans cette autre situation, le soignant questionne la validité de ses choix et, au travers de sa réflexion, le rapport à la tradition-conformité (il s'agissait de ne pas donner d'information à la maîtresse d'un patient, sous prétexte qu'elle n'était pas l'épouse du patient) : « *Aujourd'hui encore je me pose certaines questions sur la légalité de cet arrangement. Mais j'essaie également de trouver et de comprendre les priorités qui s'imposent à l'équipe soignante. Respecter la loi tout en maximisant les bénéfices pour le résident semble parfois très compliqué et demande un travail d'équipe de longue haleine.* » (082).

Car loi et responsabilité sont des préoccupations que le soignant exprime : « *Être responsable c'est assumer les conséquences de ses actes quand il porte ou non préjudice à autrui.* » (094).

La valeur « autonomie » est difficile à percevoir dans un système où le travail en équipe est très présent. Dans la situation qui suit, le soignant fait le lien entre autonomie et efficacité : « *Le point négatif est le temps entre la question de l'épouse et ma réponse dans le bureau en présence de l'infirmière. Il me faut acquérir de l'autonomie pour réaliser à nouveau cet entretien.* » (059). Et si l'autonomie en tant que valeur personnelle n'est pas explicitée ouvertement, elle est sous-jacente à l'idée qu'une infirmière a la nécessité de porter cette valeur pour être compétente et efficace.

Pour cette catégorie de situations professionnelles type, soin et environnement, le point essentiel à relever est la place prioritaire accordée à la valeur de bienveillance. Peut-on y déceler une réponse apportée à la perception par le grand public d'un environnement des soins déshumanisé et hostile? Les soignants se déclarent attentifs à l'entourage des patients et mettent en œuvre des stratégies pour leur donner une place dans l'activité de soin.

4.2.5. La dimension langagière de la communication en pratique de soin

Pour la situation type « soin et langage », c'est la « bienveillance » qui une fois encore est la valeur la plus importante, souvent associée aux difficultés résolues par le langage. La « tradition-normativité » vient en deuxième intention, dans des situations qui mettent en jeu l'expression des affects, des émotions.

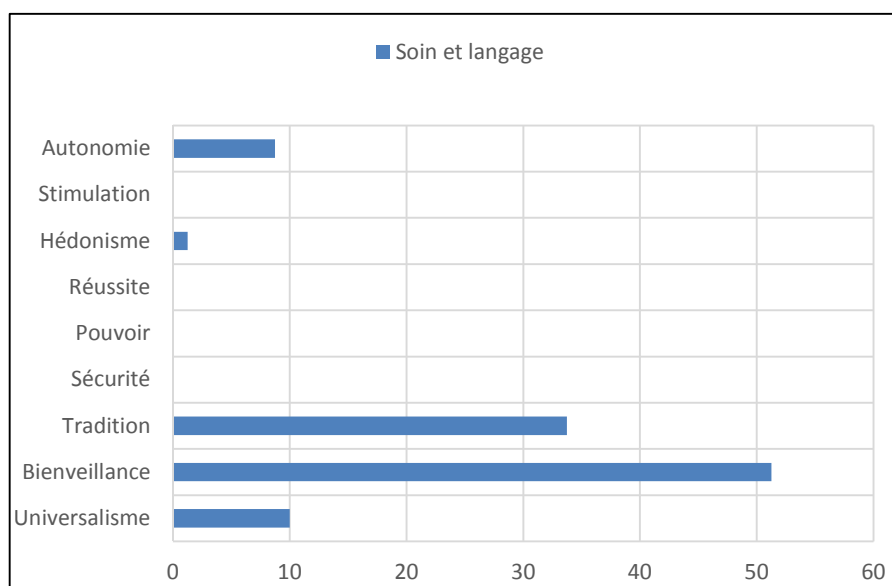


FIGURE 19 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET LANGAGE : CARACTERISATION DES VALEURS ENONCEES PAR LES ETUDIANTS

La figure ci-dessous montre que l'ensemble des situations s'organise sur le champ « dépassement de soi ».

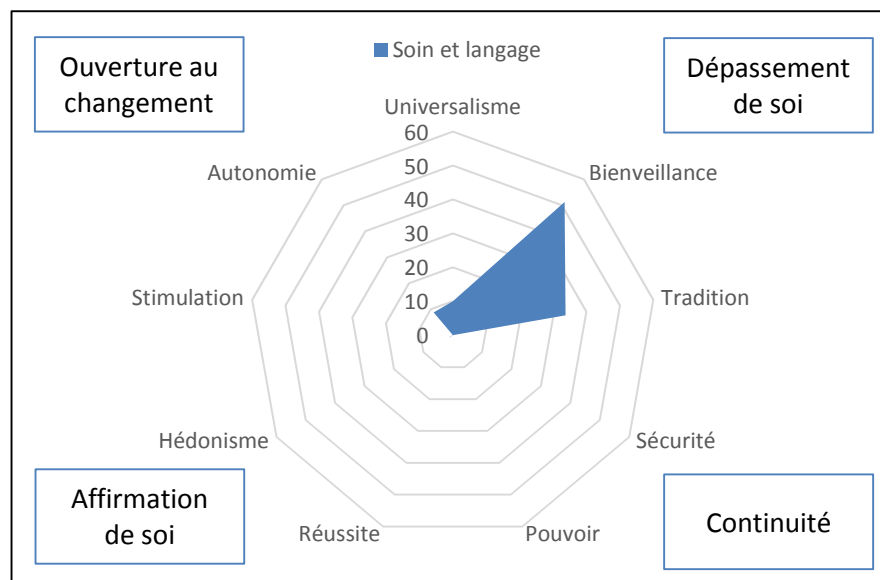


FIGURE 20 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET LANGAGE : REPARTITION DES VALEURS
SELON LES AXES DU MODELE DE SCHWARTZ

Le langage est un élément clé de la communication et « *le langage est d'abord écriture* »³⁸⁹ (Derrida, 1967). Deux postulats qui nous font appréhender les signes et les traces du langage avec beaucoup d'attention. Fondamentalement associé à la structure même de l'interaction, le caractère illocutoire de l'acte du langage est un point d'appui de la compréhension du sens qu'il est nécessaire d'investiguer : « *Un acte de langage dans sa version d'un acte illocutoire destiné à modifier la réalité, présuppose l'existence de certaines conventions sociales.* »³⁹⁰. Par exemple, quand une infirmière vient auprès d'un malade en lui

³⁸⁹ DERRIDA, Jacques. *De la grammatologie*. Paris : Editions de Minuit, 1967, p. 55.

³⁹⁰ ZHENG, Li-Hua. *Langage et interactions sociales : la fonction stratégique du langage dans les jeux de face*. Paris : L'Harmattan, 1998, p. 38.

disant « je viens vous soigner », elle vient dans la réalité réaliser un pansement à partir d'un protocole et d'une prescription, l'ensemble convenu dans une convention sociale. Il y a là tout un champ d'exploration de l'interaction d'autant plus important lorsque l'on considère que l'acte de langage utilise également le corps pour vecteur : un regard, une main posée sur le malade, un signe de la tête...

Lorsque des difficultés sont identifiées, le soignant s'interroge sur la manière de faire vivre la valeur de « bienveillance ». Dans cette situation il s'agit d'une personne qui ne parle pas le français. Comment, pour le soignant, répondre à ses besoins du quotidien : « *car nous ne pouvions pas comprendre ce qu'elle désirait* » (016) ? Une question qui peut paraître anodine mais qui révèle cette clé de la communication qu'est le langage. Comment adapter ses actes à ses intentions, comme ici lors d'une toilette intime, où le soignant peut avoir peur « *de faire un mauvais geste et d'offenser la patiente, de renforcer son mal être.* » (016). Le soignant ressent des émotions qu'il ne souhaite pas partager et « *pour contrôler mes émotions, je me suis concentrée sur le soin et surtout sur la patiente, et non sur moi-même.* ». Le soignant verbalise qu'il porte attention sur son attitude mais également sur « *mon comportement et mon discours.* » (032). Le langage vient alors atténuer cette relation sensible auprès d'une patiente mutique et catatonique.

Car le langage est pour le soignant une préoccupation constante. Il est signe, pour la personne soignée, de sa bienveillance : « *De plus, même si elle ne répond pas je fais attention de lui parler tout au long de la douche parce qu'elle m'entend et me répond parfois avec les expressions de son visage en souriant discrètement par exemple ou en bougeant simplement la tête.* » (032). Le contact est présent, il n'est pas directement nécessaire pour le soin *douche*, mais le contact est indispensable au soignant dans la relation « *je voulais que la patiente se sente à l'aise et qu'elle prenne confiance en moi.* » (032).

Parfois, pour que cette relation puisse s'instaurer, il est nécessaire de faire participer un tiers. C'est le cas dans cette situation où l'introduction d'un animal permet au soignant de traduire l'engagement avec lequel il souhaite mener l'activité : « *C'est la raison pour laquelle je pensais que cette animation allait redonner du baume au cœur à certains résidents et « casser » un peu la routine de leur quotidien.* » (041). Au-delà d'une réalité du soin quotidien, le soignant souhaite « *redonner* » au soigné des éléments d'une vie quotidienne plus apaisée et plus heureuse. L'expression « *nous étions vraiment satisfaits* » peut révéler que soignant comme soigné avaient été heureux de cette rencontre, de ce jeu relationnel : « *beaucoup de résidents dépendants, qui ne parlaient pas forcément ou qui souffraient d'une cécité quasi complète se sont pris au jeu.* » (041).

Le toucher s'adresse à la globalité de la personne (Vinit, 2014) et dans cette nouvelle situation, le soignant se rend compte après le soin que prendre la main est un acte de communication important, il attribue à ce geste une dimension de l'accompagnement : « *j'aurais peut-être dû utiliser davantage la communication non verbale avec notamment le toucher. En effet, prendre la main aurait montré au patient qu'il n'était pas seul, qu'on était là pour l'accompagner dans sa situation.* » (091). Pour lui, il est important que le patient comprenne son désir de communication pour ne pas rester seul face à la maladie.

Lorsque le soignant est confronté à l'expression de ses émotions et ses affects, nous retrouvons la valeur de « tradition-conformité ». C'est le cas lorsque le travail avec des personnes âgées malades peut renvoyer au soignant des éléments de ses propres problématiques personnelles : « *Je pense que cela est dû au fait que je n'aime pas prendre en charge les personnes âgées, tout d'abord parce que le type de soins qui en résulte ne convient pas à ma façon d'être et ensuite car il y a un sentiment de peur qui s'installe lorsque je suis avec les résidents : peur de voir mes proches et ceux que j'apprécie être dans un état proche d'eux lorsqu'ils vieilliront.* » (018). Mais le soin est impératif et le soignant se contraint lui-même, il se conforme à l'image d'un soignant au langage neutre et sans affect « *je fais donc un maximum d'effort pour ne rien laisser paraître* ».

Il est cependant parfois difficile pour le soignant de ne pas montrer ses sentiments ou de ne pas exprimer ce qu'il pense. Confronté à la mauvaise odeur d'une plaie un soignant explique : « *Ne pas montrer au patient ce dégoût par nos expressions faciales est parfois compliqué et cela peut offenser notre patient sans le vouloir.* » (064). Il exprime là sa représentation de *ce qu'il faut faire* : ne rien laisser paraître, être *sans expression*, proposer au soigné l'image d'un soignant toujours maître de lui-même et de la situation de soin.

La norme contraint, elle questionne la dimension du « devoir » : « *Sur l'instant, je n'avais à l'esprit que le concept de non-assistance à personne en danger mais j'étais pieds et poings liés. Par mon devoir, par l'éthique que je me dois de respecter mais aussi par l'attitude de la patiente elle-même qui aurait défendu son compagnon* » (097). Dans les propos de ce soignant : « *Je devais me résigner à accepter. Mais comment faire pour que ma conscience accepte, elle ?* », s'exprime comme une dichotomie de pensée, devoir faire et devoir accepter lorsque que l'on souhaite ne pas faire et ne pas accepter.

Dans une moindre mesure, la valeur « universalisme » se retrouve dans cette situation type. Face à ce qu'il considère comme un acte non adapté, le soignant se questionne sur ce qu'il estime important pour la personne prise en charge : « *De plus, elle a sa propre dignité et peut désirer être réveillée sans brutalité et effectuer ses gestes de la vie quotidienne elle-même.* » (005). A propos d'un acte du quotidien cette réflexion du soignant révèle le désir de respecter le soigné dans sa dignité et dans ses souhaits. Il est perturbé dans ses propres valeurs et il le dit. Au-delà de l'acte « soin », le soignant exprime ses ressentis et formule les valeurs importantes pour lui : « *Cette situation a donc perturbé mes propres valeurs principales au niveau de ce métier. L'humanisme [...], le respect...* » (005).

C'est aussi le cas lorsqu'un soignant est confronté aux paroles *grossières* d'une collègue envers un patient : « *J'ai vécu cette situation comme un grand manque de respect envers le patient, de plus, je cautionnais d'une certaine façon ce*

qu'avait fait l'aide-soignante en ne disant rien et en effectuant le soin. Le respect et la dignité du patient ne sont-ils pas bafoués par de telles pratiques ? Il est évident qu'autant que le vouvoiement est nécessaire, la grossièreté est à proscrire. » (070). Au-delà du comportement de la collègue, le soignant se questionne sur son manque de réaction. Le sentiment de « *cautionner* » un acte inexcusable le pousse à interroger ses propres valeurs.

La perte du langage chez un patient peut mettre en difficulté le soignant dans la communication qu'il souhaite instaurer. « L'autonomie » vient alors se confronter à la nécessité de demander de l'aide à un collègue. C'est le cas dans ce récit où la communication avec la patiente atteinte d'une maladie neuro-dégénérative avec perte du langage n'est pas possible : « *j'ai voulu surmonter cette difficulté pour voir si j'en étais capable.* » (038). Le soignant souhaite se prouver à lui-même qu'il est capable de gérer seul l'agressivité de la patiente dans un contexte où le langage verbal ne permet pas d'expliquer les buts de l'acte.

Il en va de même pour ce soignant qui veut absolument *réussir* à faire boire une patiente qui ne parle pas : « *cela aurait été pour moi une grande victoire* » (040). Dans ce cas, la réussite n'aurait pas été de répondre au besoin de la personne, par bienveillance, mais le sentiment d'une *victoire* personnelle à réaliser un acte difficile. Qu'en est-il dans ces situations des questions de motivation et d'engagement ?

Cette catégorie de situations type « soin et langage » fait apparaître la place fondamentale du langage dans la communication, comme moyen pour le soignant de mobiliser ses valeurs en utilisant des mots mais aussi le corps, le

toucher. L'analyse confirme que le soignant souhaite prendre soin avec bienveillance : « *par sa présence et par ses gestes* »³⁹¹.

4.2.6. Les valeurs constitutives d'une culture partagée chez les soignants en situation d'apprentissage

Pour analyser globalement les valeurs retrouvées dans l'ensemble des récits de situation, il est au préalable nécessaire de préciser qu'elles sont appréhendées ici non pas sur le plan individuel, mais comme expressions d'un espace de sens, global et identitaire du groupe social des soignants. Il est bien entendu que chaque valeur peut être abordée et lue à l'éclairage des représentations particulières de l'acteur. Chaque situation peut faire l'objet de manière individuelle d'une exploitation analytique singulière. Toutefois, comme le décrit Carmel Camilleri, l'environnement de l'Homme

*« se présente comme à peu près totalement médiatisé par ses semblables, qui s'en sont emparés pour le structurer avant lui dans des unités de sens, elles-mêmes intégrées dans des échelles de valeur. Le sujet ne peut se construire lui-même comme sens et valeur en en faisant abstraction. »*³⁹².

³⁹¹ SAINT PIERRE, Chantal, VINIT, Florence. Le toucher dans les soins infirmiers : regard croisé entre la discipline infirmière et l'anthropologie. *Université du Québec en Outaouais, cahier du GIRESS*, septembre 2006, n°8, p. 14.

³⁹² CAMILLERI, Carmel, COHEN-EMERIQUE, Margalit, ABDALLAH-PRETCEILLE, Martine. *Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. Paris : L'Harmattan, 1989, p. 46.

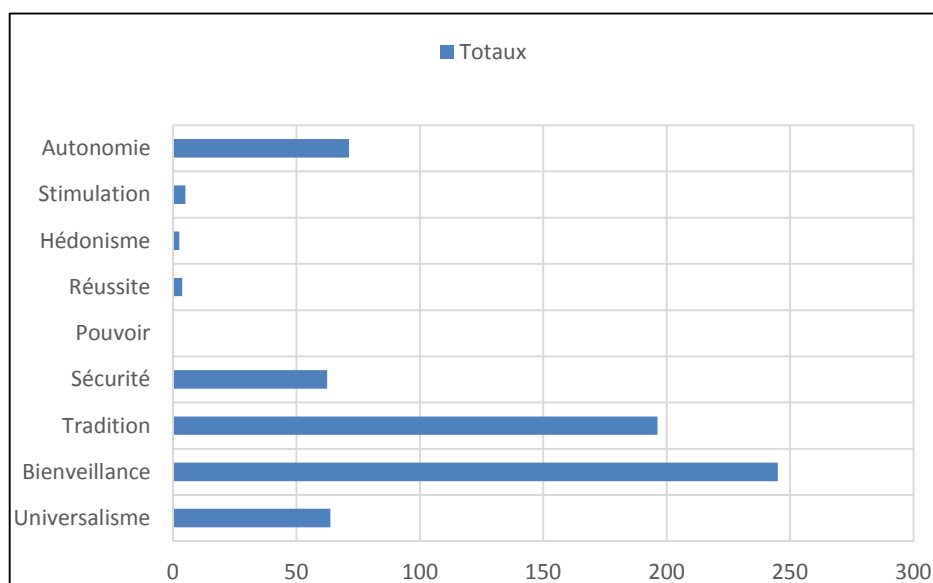


FIGURE 21 : CARACTERISATION DES VALEURS ENONCEES PAR LES ETUDIANTS POUR L'ENSEMBLE DES SITUATIONS PROFESSIONNELLES TYPES

Si la « bienveillance » est très largement la valeur la plus évoquée par les soignants dans l'ensemble des récits de situation, elle l'est parce que sa fonction est d'identifier le soignant en tant qu'individu et également en tant que membre de son propre environnement. Elle organise les espaces de sens du groupe des soignants et, de l'individu en particulier, permettant ainsi d'accéder à l'élaboration de significations des situations vécues par l'acteur lui-même dans son contexte professionnel. Cette « *pression d'effectuation identitaire* »³⁹³ est tenue et structurée à partir des diverses identités de l'individu. Si la « bienveillance » apparaît comme la valeur dominante du groupe soignant, c'est parce qu'elle contribue à organiser une valeur sociale perçue comme telle par le soignant. Elle exerce ainsi une configuration du sens, dans un espace social délimité et compréhensible par tous les membres du même groupe social. Un soignant *doit*

³⁹³ CAMILLERI Carmel. La construction identitaire : essai d'une vision d'ensemble. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 1991, n°9-10, p. 77.

être bienveillant pour appartenir à ce groupe et y être reconnu ; l'importance du *niveau* de bienveillance dépendra du contexte dans lequel il évolue. La bienveillance est l'un des éléments de sens nécessaire, l'un des caractères d'appartenance, l'une des modalités d'assimilation du soignant à son groupe. Car pour s'identifier au groupe des soignants, il faut réaliser des soins mais également appartenir à une culture commune marquée par ses valeurs. Si la bienveillance est l'une des constantes de la culture soignante, alors « *la culture devient une marque d'identité dès l'instant où le sujet se reconnaît dans toute la communauté qui obéit aux mêmes valeurs que lui* »³⁹⁴.

Pour Schwartz, la « bienveillance » est une valeur qui met l'accent sur « *le souci du bien-être des autres* »³⁹⁵, ce qui en fait une valeur structurante dans le rapport à autrui. La première unité d'enseignement des interventions soignantes (tableau ci-après³⁹⁶) fait appel à cette notion et en particulier vise à permettre aux étudiants infirmiers de « *développer une attention au confort et au bien-être de chaque personne* ».

³⁹⁴ CAMILLIERI, Carmel ; AFFERGAN, Francis. *Différence et cultures en Europe*. Strasbourg : Council of Europe, 1995, p 15.

³⁹⁵ SCHWARTZ, Shalom H. Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie*, avril 2006, vol. 47, p 935.

³⁹⁶ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, *Profession infirmier*. Uzès : Sedi, 2009, p. 120.

4. SCIENCES ET TECHNIQUES INFIRMIERES INTERVENTIONS

<i>Unité d'enseignement 4.1.S1 : Soins de confort et de bien-être</i>		
<i>Semestre : 1</i>		<i>Compétence : 3</i>
<i>CM : 6 heures</i>	<i>TD : 34 heures</i>	<i>TP : 10 heures</i>
ECTS : 2		
Pré-requis		
Aucun		
Objectifs Appréhender les concepts fondamentaux permettant une vision intégrée de la personne lors de la réalisation des soins de proximité, Identifier le caractère singulier de l'expérience vécue par la personne en situation de dépendance lors de la réalisation de ses soins quotidiens, Développer une attention au confort et au bien être de chaque personne, Réaliser des activités et des soins d'hygiène et confort adaptés aux besoins et aux souhaits de la ou des personnes et conformes aux bonnes pratiques.		
Eléments de contenu Concepts de bien-être selon les contextes et les cultures : dignité, pudeur, intimité, Principes de base et valeurs des soins infirmiers : autonomie, dépendance, secret professionnel,... Besoins fondamentaux et attentes de la personne, Soins quotidiens confort et bien être, Hygiène générale, Equilibre alimentaire, Prévention des escarres, Lever et aide à la mobilisation, Ergonomie dans les soins, Bonnes pratiques et sécurité dans les soins.		
<u>Recommandations pédagogiques :</u> Cette UE correspond aux savoirs enseignés lors de la formation menant au diplôme d'aide-soignant. Les méthodes pédagogiques sont actives, la liste des soins enseignés de manière obligatoire correspond au rôle défini par l'article du code de la santé publique : R 4311-5. Le contenu de cet enseignement correspond à un niveau enseigné lors du premier semestre de formation. Ce contenu sera réactivé durant toute la formation à partir des savoirs enseignés ultérieurement. Les soins de confort et de bien-être sont réalisés en stage et validés sur le portfolio.		<u>Modalités d'évaluation</u> Travail écrit ou oral de réflexion à partir d'un témoignage autour des notions de dépendance, intimité, pudeur,... <u>Critères d'évaluation</u> Compréhension des éléments clés de la situation Mobilisation des valeurs et des concepts dans la réflexion.

FIGURE 22 : DESCRIPTIF DE L'UNITE D'ENSEIGNEMENT « SOINS DE CONFORT ET DE BIEN ETRE »
DU REFERENTIEL DE FORMATION INFIRMIER

Il y a donc bien là une synergie d'intention et plus globalement une identification propre aux valeurs du groupe soignant. L'expression de la valeur « bienveillance » intervient dans la pratique soignante envers le patient comme un révélateur du sens.

La « bienveillance » a un rôle d'ajustement au milieu, décrit par Gustave-Nicolas Fischer, entre le contexte de soin et le soin, entre le groupe des soignants et le soignant. Le réel s'impose à l'acteur dans une interface médiée par les représentations. Dans le champ de l'interaction, la « bienveillance » peut donc être perçue comme l'un des éléments de cette médiation, qui donne à comprendre à l'acteur soignant le sens des situations qu'il met en actes. Partageant la réalité vécue avec son groupe social, le soignant construit alors son appartenance et son identité propre.

Dans le classement des valeurs par situations professionnelles types, nous avons fait le choix de rassembler délibérément « tradition » et « conformité ». Dans la schématisation de son modèle, Schwartz avait fusionné ces deux valeurs dans un axe commun considérant qu'elles étaient communes en termes de motivation. Leur différence tient dans la nature de leur subordination : la « conformité » aux personnes dans l'interaction et la « tradition » liée aux objets plus généraux et plus abstraits. La « tradition-conformité » est donc la deuxième valeur relevée dans l'ensemble des situations types. Comme la « bienveillance », elle se détache très nettement des autres valeurs moins significatives. Ce résultat est conforme au modèle de Schwartz qui considérait la « bienveillance » et la « conformité » comme deux valeurs de base servant « à développer coopération et solidarité »³⁹⁷. Leur proximité donne à ces deux valeurs des moyens pour influencer sur le comportement des acteurs : la « bienveillance » sur « une base motivationnelle intériorisée » et à l'inverse la « conformité » sur une motivation à

³⁹⁷ SCHWARTZ, Shalom H. *Op. cit.*, p. 935.

la coopération. En ce qui concerne cette dernière, notre analyse ne nous permet pas de fixer le sens de cette coopération : de l'idée d'une « *activité associatrice* »³⁹⁸, d'un engagement des individus, selon Zarifian, ou d'une « *activité communicationnelle* »³⁹⁹, coordination du parler et de l'agir dans le groupe pour Habermas. La « conformité » est souvent perçue comme étant de nature à préserver les soignés dans le champ de l'interaction. Le soignant sait qu'une attente est présente et forte et la « conformité » va jouer le rôle d'autolimitation. La non-transgression vient inscrire l'activité dans l'ordre du prévisible, du normé, de l'attendu, autant d'éléments constitutifs de la représentation que le soignant a du professionnel en soin.

On peut remarquer dans la répartition globale des valeurs (figure 21), que les valeurs « autonomie », « sécurité » et « universalisme » ont sensiblement le même niveau de récurrence. Il ne s'agit pas de conclure qu'elles auraient une importance plus faible, en termes de sens de l'action. Elles sont exprimées par les soignants et à ce titre elles participent d'une *perception sensible du réel*, pour paraphraser Merleau-Ponty. Si « l'autonomie » est présente dans les situations, *la typicité hospitalière* de celles-ci peut être de nature à modifier la justesse des résultats. En effet, si « l'autonomie » est la valeur qui permet une indépendance de la pensée et de l'action, il serait sans doute souhaitable d'appréhender également les pratiques libérales et non institutionnalisées pour en connaître l'impact réel dans le soin. Il n'en reste pas moins que cette valeur constitue une préoccupation des soignants, très proche de « l'universalisme ». Le soin est pluriel et divers, tout en faisant l'objet d'une structuration et d'un espace culturel propre, « l'autonomie » en fait partie. Le soignant peut alors s'identifier comme tel, il peut se situer dans le référencement à son groupe social. « *L'importance de tout système culturel pour l'individu se mesure au fait qu'il représente un enjeu*

³⁹⁸ ZARIFIAN, Philippe. *Travail et communication : essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998, p. 203.

³⁹⁹ HABERMAS, Jürgen. *Morale et communication. Conscience morale et activité communicationnelle*. Paris : Le Cerf, 1996.

central pour l'ensemble de sa construction identitaire »⁴⁰⁰. « L'autonomie » en est un élément, une trace identitaire qui se figure au moment du soin, dans la capacité à penser le soin et à le réaliser seul.

La « sécurité » quant à elle s'organise à partir de deux pôles : celui de la sécurité individuelle et celui de la sécurité collective. Le type de recueil de situations que nous avons réalisé interroge sur la possibilité d'appréhender cette valeur en tant que telle. En effet, s'il est possible d'identifier de manière précise le désir de sécurité personnelle du soignant, la pratique soignante revêt de nombreuses déclinaisons en ce qui concerne *la sécurité* et contraint l'activité dans un cadre peu mobile. Il est judicieux de se questionner sur ce qui relève du soignant et ce qui renvoie à la contrainte professionnelle.

Si la notion de valeur est associée à l'action et à des « *protocoles méthodologiques* » (Brechon, 2000 ; Regnault, 2011), que dire de leur intentionnalité ? Il convient sans doute de comprendre cette dernière dans l'acceptation d'un agir dans un cadre commun, reconnaissance d'une identité sociale partagée et assumée. Cette analyse confirme que le soignant devient membre de son groupe social lorsqu'il accepte et intègre les frontières symboliques du soin.

Les deux figures ci-après représentent la répartition des valeurs. La première montre la représentation imbriquée de chacune des valeurs et la seconde figure la zone globale occupée.

⁴⁰⁰ CAMILLERI, Carmel. *Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. Paris : L'Harmattan, 1989, p. 43.

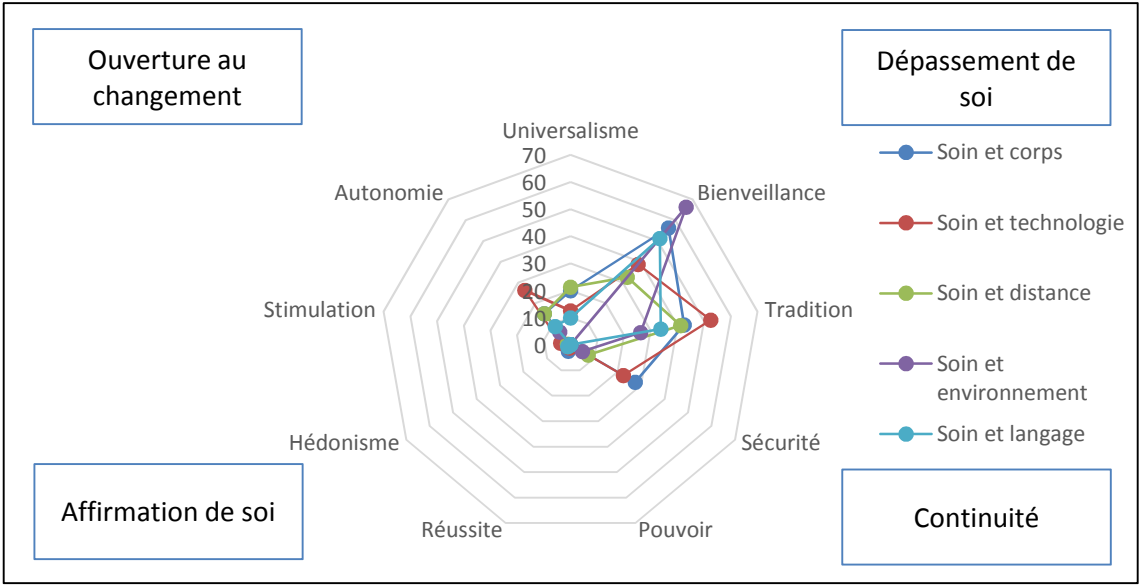


FIGURE 23 : ZONE DE REPARTION DES VALEURS PAR SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE

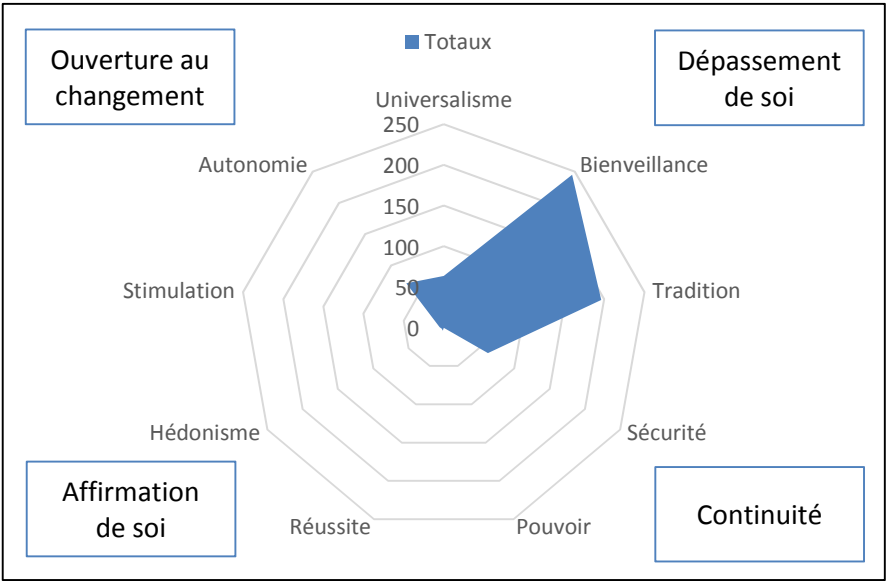


FIGURE 24 : ZONE GLOBALE DE REPARTION DES VALEURS
SELON LES AXES DU MODELE DE SCHWARTZ

La dimension « dépassement de soi » est la plus représentée par la répartition globale des valeurs. Il y a antagonisme entre la dimension « dépassement de soi » et la dimension « affirmation de soi ». L'analyse des situations professionnelles types confirme cet antagonisme et démontre que les valeurs des soignants sont celles qui proposent « *le bien-être et l'intérêt des autres* ». Elles structurent le sens de la réalité du sujet et, comme le remarque Fischer, permettent la compréhension du monde dans le cadre des représentations liées à l'action. Cette précision nous paraît particulièrement adaptée à l'univers santé/maladie car les soignants appréhendent leur réalité sociale comme un nécessaire engagement au dépassement de soi. Il s'agit donc là d'une projection identitaire dans le groupe des soignants.

Au-delà d'un simple exercice de rhétorique, le « dépassement de soi » est acté au bénéfice de l'Autre, qu'il soit soigné ou membre du même groupe social que soi. On retrouve cet axe de réflexion dans le travail d'équipe souvent décrit comme source de réussite du soin. Pourrait-on en conclure qu'à l'opposé du « dépassement de soi » la dimension de « l'affirmation de soi » serait absente des résultats et donc des valeurs soignantes ? Il est vrai qu'au regard de l'histoire des pratiques soignantes et de leurs différentes obédiences, de la culture soignante et de son rapport à la société, la volonté de réussite personnelle, de pouvoir ou de domination n'est jamais réellement exprimée en tant que telle, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'existe pas. Nous avons déjà évoqué à propos de la motivation cette opposition entre individuel et collectif (et les points de vue contraires d'Habermas et Zarifian) que nous retrouvons dans cette problématique de la construction de l'identité professionnelle.

Pour conclure, existe-t-il d'autres valeurs, sous d'autres formes, exprimées par d'autres signes en actes ? Les résultats de l'analyse des situations types n'en donnent pas de piste mais ouvrent un questionnement sur leur absence. L'une de ces pistes pourrait provenir de ce que Schwartz avait dans un premier temps proposé : une onzième valeur universelle la « spiritualité ». Il serait sans doute judicieux d'en explorer la présence dans le champ des valeurs soignantes.

Au-delà des problématiques religieuses, la spiritualité serait peut-être une porte d'entrée pour une compréhension de l'intériorité de la pensée des soignants et d'un désir de « transcendance par l'acte » (Schwartz, 1992). Si la spiritualité est évoquée dans le recueil des besoins selon le modèle de Virginia Henderson, il s'avère souvent très difficile aux étudiants infirmiers rencontrés d'aborder cette dimension.

Cette analyse construite à partir de situations vécues et relatées par des étudiants infirmiers confirme l'hypothèse du concept de *soin-communicant* comme espace de médiation et d'engagement. Le soignant intervient bien avec ce qu'il a construit en termes de valeurs et d'engagement dans le soin. Le *soin-communicant* est un espace où la communication vient médier le soin en créant une interface propre à permettre l'activité en la guidant et en l'orientant. Cette analyse nuance toutefois l'idée que le *soin-communicant* soit un espace strictement délimité et circonscrit à un périmètre parfaitement normé. Les contours se dessinent aux limites de l'activité qui, elle-même, est dépendante d'éléments multiples. S'il se confirme par cette analyse que c'est bien en tant qu'individu que le soignant intervient dans le soin, l'espace qu'il occupe dans le soin, la distance qu'il met ou qu'il subit dans la relation, restent mobiles et propres à chaque soignant, en fonction de ses représentations de l'Autre, de lui-même et du soin. La formation infirmière doit prendre en compte cette double dimension de l'espace occupé et de la distance, pour appuyer la construction de la professionnalité soignante.

4.3. Analyse des représentations des soignants dans la pratique du soin

Notre analyse des situations est fondée sur trois variables clés, considérées comme représentatives du sens recherché et attribué à son activité par le soignant :

- les concepts
- les modes opératoires
- les évocations mentales.

Si ce choix méthodologique est éclairé d'un point de vue psychosocial, notre approche est compréhensive et s'appuie en particulier sur des logiques d'acteurs et des processus de significations exprimés dans l'activité.

Chacune des situations professionnelles types a fait l'objet d'une analyse pour en relever les occurrences langagières contenues dans la description de l'acte de soin. Nous avons retenu les plus significatives au regard de la problématique et des hypothèses formulées, sans prétendre à l'exhaustivité. Les occurrences sont ensuite regroupées par thèmes, qui sont classés en fonction des trois variables mentionnées ci-dessus.

4.3.1. Les concepts énoncés par les soignants : éléments de construction du sens de l'activité

Les concepts sont des notions fondamentales, des constructions théoriques verbalisées, qui permettent aux acteurs d'exprimer leurs représentations au travers d'idées générales qu'ils utilisent pour tenter de donner du sens à leur réalité, ici leur activité en soin. Les concepts ne sont pas toujours évoqués de façon explicite et c'est donc au travers de l'analyse des propos des acteurs qu'ils pourront être révélés.

Le schéma ci-après fait apparaître, sans hiérarchie, les quatre *familles* de concepts retenus : la culture, l'idéologie, la responsabilité et l'humanité. Elles apparaissent dans les entretiens comme des éléments de l'appréhension du sens de l'activité.

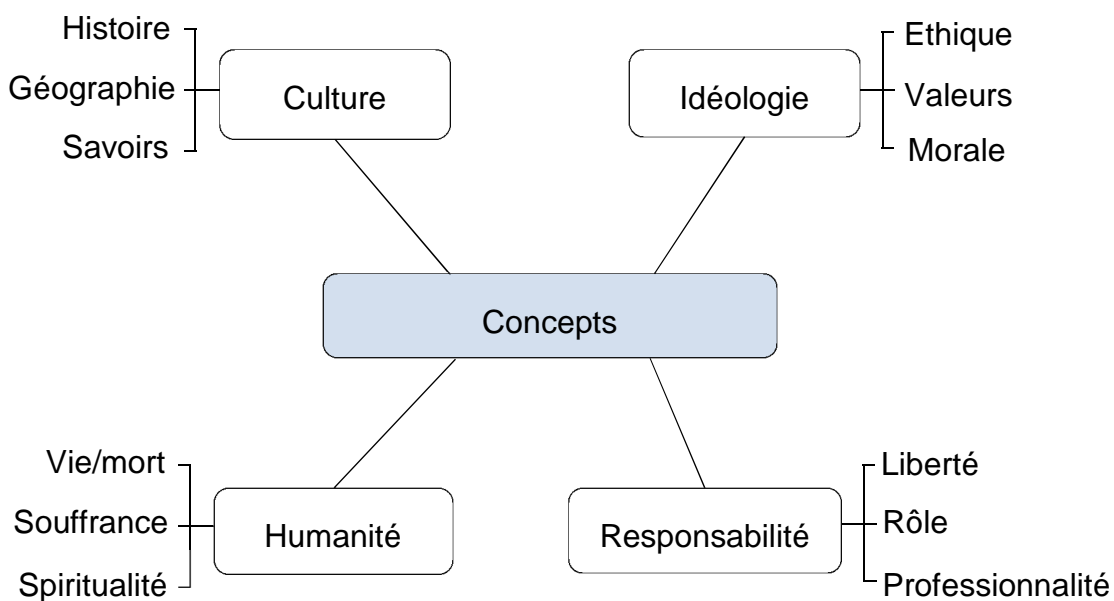


FIGURE 25 : CONCEPTS

C'est à partir de ce classement et des quatre concepts retenus que sera analysée l'expression des représentations des étudiants infirmiers en stage.

Le concept de Culture : « ...comment établir un lien de confiance avec les parents et l'enfant sans connaître leur culture ? » (052)

La culture désigne « *un ensemble de règles intériorisées, de savoirs et de pratiques partagés par les membres du groupe et qui définissent une manière*

d'être et de vivre dans une société »⁴⁰¹. Nous retiendrons cette définition de Fischer lorsque ce concept, utilisé par l'acteur, est un des éléments évoqué par les soignants comme notion permettant d'atteindre le patient dans sa dimension personnelle.

Outre le fait d'être l'un des objets d'une relation singulière, la connaissance et la prise en compte de la culture de l'Autre constituent pour le soignant un critère de qualité du soin. En cela, elles représentent un véritable enjeu pour le soignant qui cherche à comprendre le patient dans son histoire personnelle, ses origines sociales et familiales... Cette culture de l'Autre nécessite des savoirs complexes qui allient à la fois la connaissance des autres cultures mais également des savoirs d'adaptation, permettant d'identifier auprès des patients ce qui fait culture pour eux.

C'est une géographie qui se dessine, cartographie des territoires d'interactions symboliques que le soignant doit intégrer. La vision de l'Homme est, dans le cadre du soin, celle d'un malade qui ne se réduit pas à sa pathologie. C'est même la conception d'un malade qui témoigne *avant tout* d'un homme membre d'une humanité.

Le concept de culture prend une part particulière pour les acteurs du soin. En effet, elle s'inscrit dans une histoire de la prise en charge qui met en avant en particulier la nécessité de respecter les habitudes de vie de la personne⁴⁰². « *J'ai pu réellement créer des liens avec les résidents et me familiariser avec leurs habitudes, leurs pathologies respectives ainsi que leur histoire de vie.* » (048). Au-delà d'un simple protocole d'activité, la verbalisation de la création de liens permet d'accéder à la culture du patient. C'est sans conteste une prise en charge de l'Autre avec une dimension du *Devoir*, celui de connaître le parcours de vie

⁴⁰¹ FISCHER, Gustave-Nicolas. *Psychologie sociale de l'environnement*. Paris : Dunod, 2011, p. 65.

⁴⁰² C'est l'une des orientations du modèle de soin proposé par Virginia Henderson. Partie I, sous-chapitre 1.1.4. : « Les théories ou modèles de soins ».

de la personne soignée et en particulier lorsqu'elle est âgée : « *Pour comprendre la situation, je me dois d'expliquer une partie de l'histoire de vie du résident concerné.* » (082). Cette conception anthropologique de la relation fait apparaître en filigrane la nécessité du caractère utilitaire de la démarche.

Il en va de même lorsque le soin se trouve confronté à des problématiques de communication et de langage : « *Lors de cette situation, je me suis tout d'abord demandée comment prendre en charge au mieux des personnes qui ne parlent pas notre langue et la comprennent très peu. De plus, comment établir un lien de confiance avec les parents et l'enfant sans connaître leur culture ?* » (052). Cette dernière remarque souligne la dimension interculturelle de la culture. En effet, le soignant peut vivre une différence culturelle avec le soigné sans rapport de différence inter-ethnique ou *internationale*. Accéder à la culture de la personne soignée ou, comme dans cette situation, à la culture de la famille trouve écho dans une perspective d'un soin de qualité, d'une réponse à une demande de soin adaptée à la personne. Le lien de confiance évoqué dans le récit précédent est très souvent relevé comme un critère essentiel de la qualité du soin. Confiance et respect apparaissent alors comme des objectifs à atteindre pour le soignant et pour le soigné : « *Lorsqu'on ne se comprend pas il est beaucoup plus difficile de faire confiance à la personne en face de nous. Ce constat est d'autant plus vrai dans le milieu de la santé où la confiance et un respect mutuel sont primordiaux pour assurer des soins de qualité.* » (016). Pour comprendre le patient, le soignant doit mobiliser des savoirs qui mettent en jeu ses connaissances bien au-delà de simples savoirs professionnels. Ce passage du simple au complexe devient alors une clé du parcours de professionnalisation pour l'étudiant.

L'hôpital éloigne le patient de son milieu originel, il le contraint vers une autre géographie humaine et sociale, un autre territoire, que le soignant peut ressentir et prendre en compte : « *J'ai eu beaucoup de peine pour cet homme car il allait rester à l'hôpital seul loin de sa famille et avec la barrière de la langue.* » (066). Et si la situation extrême de l'étranger, ne parlant pas la langue, n'est pas

forcément le lot quotidien du soignant, la problématique du rapport à la culture du soigné comme personne différente est souvent posée au soignant.

Le concept de culture met en lumière la complexité d'une prise en charge souhaitée par les soignants, mêlée de confiance et de respect. Toutefois de nombreux domaines restent ouverts comme la barrière de la langue, la place culturelle du corps dans la société, les rites funéraires... autant de situations particulières que le soignant confronte à ses propres représentations.

Le concept d'Humanité : « La personne ne peut pas être réduite à une pathologie, c'est avant tout un être humain. » (045)

Ce concept est celui d'une dimension qui interroge l'Homme dans son Humanité : « *Peu importe que la personne que nous soignons soit consciente, dans le coma, valide, invalide, mutique ou bavarde, sénile ou érudite, elle a droit au respect et à l'empathie comme tout être humain.* » (028). L'Homme est support du soin et en même temps il l'est en tant qu'Homme fragile, Homme malade, Homme souffrant : « *Ce qui m'a permis de me dire qu'il y avait un problème ce sont mes valeurs, mon bon sens, on ne traite pas un être humain de cette façon d'autant plus lorsqu'il est souffrant.* » (030). La dimension de la maladie et de la souffrance révèlent au soignant la nature de ce que représente pour lui l'Humanité. Le soin vient au secours d'un Homme souffrant.

C'est toute la différence avec la prise en charge d'un organe, d'une pathologie, d'un déficit ou d'un handicap. « *Même si ce corps pouvait « choquer », je n'ai rien laissé paraître en gardant en tête que la personne ne peut pas être réduite à une pathologie, que c'est avant tout un être humain.* » (045). Pour ce soignant que le corps malade choque, bouscule dans sa représentation idéalisée en quelque forme iconique, rien ne semble pouvoir justifier de réduire la personne à sa problématique de santé. Cette expression « *C'est avant tout un être humain* » signe la vision d'une pathologie qui vient s'agréger à ce qui est « *avant tout* »,

une personne, un individu membre d'une Humanité. Ce concept est bien souvent vécu et compris de manière empirique : « *En tant que futur soignant je ne sais pas réellement comment réagir et quoi dire dans une discussion similaire mais c'est en tant qu'être humain que je me sens le plus démuné.* » (075). Face à la situation, le soignant comprend que son activité dépasse le seul cadre du savoir-faire. Il reste néanmoins un professionnel de soin, face à ses limites en interrogeant sa propre relation à la nature humaine : « *Confrontée à cette situation, j'ai découvert une limite à mes possibilités de professionnel de soin, mais surtout en tant qu'être humain.* » (097).

Il y a là une démonstration que la relation de soin ou plus exactement l'acte de soin engage le soignant dans une mobilisation de concepts qui dépassent ceux de la sphère professionnelle. Pour lui, il ne s'agit pas d'exclure ces notions mais au contraire de les identifier : « *Je m'inquiète car j'appréhende la difficulté humaine de la prise en charge de patients pour certains en fin de vie ainsi que de celle de leurs proches.* » (099). Cette « *difficulté humaine* » montre bien l'engagement d'une identité personnelle avec ses propres représentations, dans une activité professionnelle qui implique ses propres nécessités et responsabilités.

Les situations de vie des patients interrogent le soignant sur le concept d'humanité dans les soins mais également dans ce qu'il engage de lui-même dans une relation à l'Autre.

Le concept de Responsabilité « Être responsable c'est assumer les conséquences de ses actes... » (094)

« *Notre rôle est de soigner.* » (083). Cette phrase qui peut sembler anodine porte en elle toute la problématique du concept de responsabilité. Si c'est « *notre rôle* », qu'en est-il de la posture du soignant au regard de sa liberté d'agir et de penser, de son autonomie, de son rôle propre et de la congruence activité-compétences ?

C'est autour de la prise en charge du malade que le soignant évoque cette responsabilité : « *La vie du patient n'avait pas été mise en jeu mais je me sentais responsable de cette erreur et des conséquences qui pouvaient en découler.* » (094). Dans cette situation, la problématique n'est pas le risque vital mais un sentiment de responsabilité, une forme de veille sur le risque dans toute sa potentialité et son caractère événementiel et hypothétique. Rien ne peut dire qu'il y ait un risque et pourtant la représentation du soignant place la responsabilité comme un concept central de la prise en charge : « *Être responsable c'est assumer les conséquences de ses actes quand ils portent ou non préjudice à autrui.* » (094).

Cette responsabilité est vécue par le soignant comme s'imposant à lui : « *Même s'il est évident que cette formation nous prépare à un métier stressant et jonché de nombreuses responsabilités, est-il forcément nécessaire que l'apprentissage se déroule dans les mêmes conditions ?* » (071). Le métier est « jonché » de responsabilités comme *recouvrant* le métier au sens étymologique du terme. Le rôle propre est vécu comme un espace de liberté dans un monde contraint. Le métier s'apprendrait dans une construction progressive entre essais et erreurs : « *Il est cependant indispensable de réussir à trouver son rôle en tant que stagiaire. Je n'ai pas été à la hauteur dans cette situation, mais c'est justement en faisant des erreurs que l'on apprend.* » (008). Si le soignant est responsable, qu'est-ce qu'une erreur pour lui, pour le patient, pour la formation ?

Se pose la question du rôle et de la liberté ; le soignant a dans une certaine mesure le choix de ses actes et peut être en capacité d'éclairer le choix pour le patient : « *Cette situation m'a appris des choses sur la limite du rôle des soignants et sur le refus de soins d'un patient à un moment donné. Le libre arbitre, le choix du patient, ces mots ont ici pris tous leur sens.* » (098). S'il est vrai que légalement le soignant peut refuser d'exécuter un acte, il s'avère que la culpabilité et la normativité s'ajoute au sentiment de responsabilité : « *La culpabilité aussi de ne pas avoir pu répondre comme je l'aurais souhaité, d'avoir manqué de*

professionnalisme, n'ayant su lui rappeler le cadre dans lequel il se trouvait » (087).

L'erreur devient source d'interrogation pour le soignant sur sa capacité à se conformer aux règles du métier. Il se questionne alors sur son identité et sur ce qui relève de sa responsabilité propre : « *Ce n'est pas dans mes compétences ni dans mon rôle propre d'annoncer un diagnostic à la famille.* » (016). La zone de responsabilité est donc cet espace délimité par l'acteur au sein duquel il peut réaliser des actes, à la lumière des conséquences qu'il juge lui-même supportables. Il y engage sa professionnalité, c'est-à-dire le lien de sens entre son identité, sa pratique et sa technicité.

Mais si le soignant peut être conscient de sa zone de responsabilité, délimitée par la loi, il n'en reste pas moins que dans la relation de soin c'est lui-même qui prendra la mesure de la zone qu'il souhaite occuper. Il le fera en fonction des connaissances qu'il a de la nature de ses activités mais également de son choix face aux conséquences qu'il pense être en mesure d'accepter. Lors d'un entretien, un soignant dira « *c'est intolérable de ne pas pouvoir dire la vérité ! Mais je l'ai fait.* ». Dans ce cas, le soignant prend la mesure des conséquences qu'il pourrait supporter et fait le choix de respecter cette zone de responsabilité telle qu'il la définit.

Si la responsabilité est un concept très présent dans le discours soignant, notre analyse montre qu'il s'agit d'une notion qui engage tout à la fois une injonction métier et une ligne de conduite personnelle pour le soignant. Entre ces deux axes peuvent apparaître des écarts et des convergences, lieux d'émergence d'espaces de sens propres à la construction d'une professionnalité soignante.

Le concept d'Idéologie « Par mon devoir, par l'éthique que je me dois de respecter... » (097)

Si le terme « idéologie » est retenu ici, c'est pour signifier une différence avec l'analyse axiologique réalisée précédemment⁴⁰³. Nous aborderons ainsi différentes expressions de croyances en termes de notions plus ou moins stabilisées, voire *rigidifiées*, que les acteurs mobilisent au regard de leurs représentations et qu'ils peuvent exprimer avec des termes comme *valeurs*, *morale*, *éthique*... Une réflexion sur leurs propres logiques sociales et cognitives s'engage alors, en liant la dimension du devoir, avec celle d'une conscience empirique de respect de la personne soignée. Dans cette situation, le soignant évoque même une « éthique du devoir », comme une confrontation avec ses représentations du *devoir-faire* et du *devoir-être* : « *Je prenais autant de recul physique et psychologique que possible au regard de la scène qui se jouait devant moi. C'est à cet instant précis que je me suis retrouvée confrontée à un mur, une inaliénable frontière entre l'individu et le professionnel, entre le respect de l'éthique du devoir et l'élan d'un réflexe humain.* » (097). La dimension humaine reste importante pour ce soignant pour qui les concepts d'éthique, de devoir, de respect sont profondément mêlés : « *Par mon devoir, par l'éthique que je me dois de respecter mais aussi par l'attitude de la patiente elle-même qui aurait défendu son compagnon.* » (097). Le patient reste très présent dans cette réflexion mais on peut tout de même s'interroger sur la pertinence de l'utilisation du concept d'éthique. Ne s'agit-il pas dans ce cas de valeurs plutôt morales, voire de croyances plus ou moins explicites, car la notion ne semble pas attachée à la situation mais décontextualisée en tant que principe fini relativement incantatoire et très déclaratif, de plus peu ouvert au débat. Cela pourrait nous conduire à parler d'une métacognition assez primaire, car restant sur le plan déclaratif.

Dans la situation qui suit, le concept d'éthique n'est plus perçu comme une réflexion dépendante d'une situation mais comme une décision a priori qui

⁴⁰³ Partie II, sous-chapitre 4.2. : « Approche axiologique du soin ».

semble d'autant plus figée qu'elle est excusée par la prise en charge institutionnelle : « *En effet il est inenvisageable pour une équipe de laisser le choix du soignant au patient. Ceci pour des raisons d'organisation, d'éthique et de bonne entente au sein d'une équipe.* » (072). Dans cette expression apparaît une contradiction souvent retrouvée dans les situations de soins, dans lesquelles l'éthique est évoquée pour justifier des comportements. L'analyse fait apparaître cette problématique centrale de l'utilisation d'expressions et de concepts qui, dans bien des cas, n'est pas faite à bon escient.

Pour cet autre soignant, la situation l'amène à une prise de conscience des problématiques en jeu dans la situation : « *Ce qui m'a le plus interpellé c'est que l'infirmière est coincée entre la non-assistance à enfant en danger si elle ne fait rien, sa conscience morale et professionnelle (notre rôle est de soigner) et la loi qui interdit à l'infirmière de quitter l'établissement avec un mineur sans l'autorisation des parents.* » (083). Dans cette expression, c'est toute la prise de conscience d'une problématique à résoudre et du fait que l'invocation du droit et du devoir ne suffit plus pour comprendre la situation. Ce type de prise de conscience semble modifier les représentations des soignants car il remet souvent en question des éléments qu'ils pensaient acquis, évidents, solides : « *Ces éléments m'ont vraiment amené à me remettre en question sur mes valeurs.* » (005).

Ainsi, lorsqu'un jeune soignant sans expérience est questionné sur la nudité, il n'évoque aucune problématique particulière mais lorsqu'il se trouve confronté à une situation de soin au corps nu, son expression est plus nuancée : « *Je ne pense pas que la nudité en elle-même est le problème dans cette situation. En effet, après une longue réflexion, je me rends compte que beaucoup d'éléments entrent en jeu tels que la différence d'âge, le sexe du soignant, les croyances et les valeurs.* » (080). Le soignant perçoit que la situation engage bien d'autres concepts et en particulier des notions d'éthique, de morale et de valeurs. La formation au soin doit donc prendre en compte ces croyances des étudiants pour les guider vers des valeurs ouvertes au débat et correspondant aux exigences

du métier, aux situations singulières des patients et à la commande institutionnelle.

4.3.2. Les évocations mentales des soignants vis-à-vis de leur activité : la création et l'expression de liens symboliques avec la réalité

Les évocations mentales sont l'un des éléments qui permettent d'accéder aux représentations du soignant vis-à-vis de son activité professionnelle. Il effectue ainsi les liens avec ce qu'il vit, il procède par analogies, énonce des *passerelles mentales*⁴⁰⁴ lui permettant de décrypter et de verbaliser son rapport à la réalité.

La figure ci-dessous représente les notions retrouvées dans les situations types qui relèvent des « évocations mentales » :

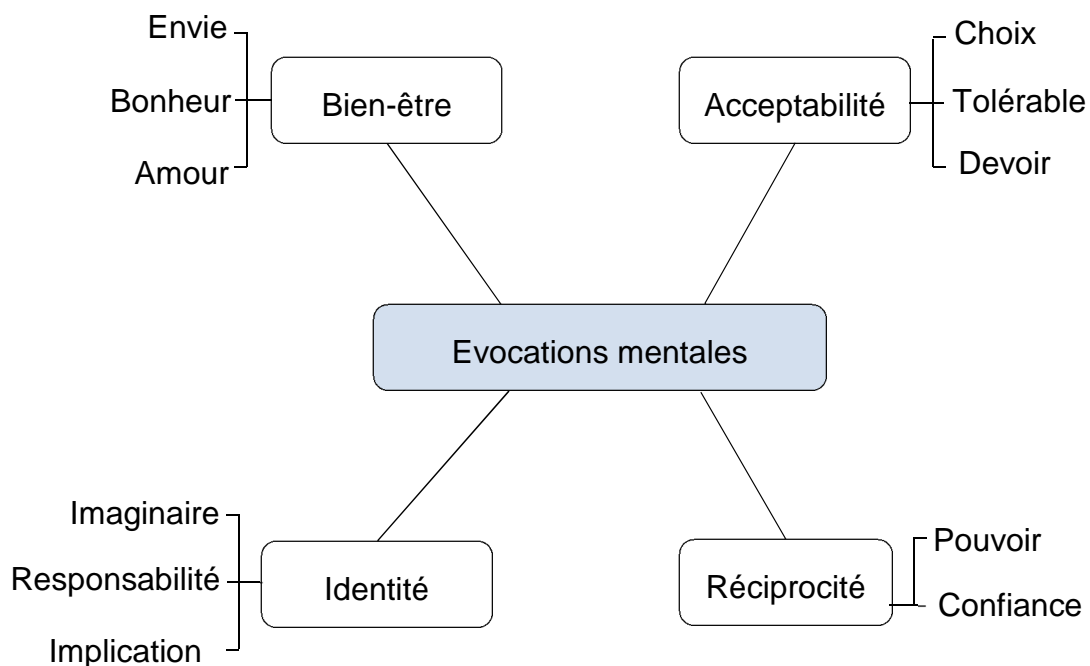


FIGURE 26 : EVOCATIONS MENTALES

⁴⁰⁴ Nous nous référons à la description des « évocations mentales » dans l'ouvrage : BONNET, Rosette, BONNET, Jacques. *Du manager novice au manager expert*. Paris : Hermès Science Publications, 2006, p. 56.

Acceptabilité : « Je devais me résigner à accepter » (097)

Bien entendu c'est d'abord le patient qui vient dans un premier temps à l'esprit lorsque le soignant évoque l'acceptabilité. Est-ce que le patient accepte la relation de soin ? Au-delà d'une information nécessaire, d'une présentation légale, d'une demande de participation, le patient accepte-t-il la relation de soin parce qu'il le désire réellement ? Cette question ne peut se résumer à : « accepte-t-il l'acte technique dans un but thérapeutique ? ». L'acceptation est souvent faite de suppositions et d'un a priori : « en tant que patient il doit accepter parce que les soignants savent ce qu'ils font ». Dans la situation, une patiente âgée de 86 ans, « *entend mal* », « *est apeurée et craintive* » (006) et n'accepte pas la toilette, soin d'hygiène et de confort quotidien. Dans sa description du soin, la soignante parle de « *confrontation* » lors de la toilette. Elle indique alors qu'elle prend le temps de créer le contact, d'instaurer un climat rassurant tout en explorant les signes émis par la personne afin d'acquiescer son *consentement*, pour rendre le soin tolérable.

Le soignant fait sur lui-même une sorte de passerelle, d'analogie mentale : « *Je ne voudrais pas que cela me soit fait à moi, qu'on me le fasse.* » (005). Cette introspection révèle l'un des fondements de l'action soignante « *considérer l'autre comme un autre soi-même* »⁴⁰⁵. On voit ici toute l'ambivalence entre rendre le soin acceptable par l'Autre et recueillir les éléments, les signes qui montrent l'acceptation au soin et plus largement à la relation de soin.

Le soignant se trouve confronté à des actes qu'il pense *devoir* faire coûte que coûte. Pour ce soignant il s'agit « *de se résigner à accepter, mais comment faire pour que ma conscience accepte, elle ?* » (097). Le conflit qui vient le perturber le confronte à la réalité, tout en le questionnant sur sa façon de s'adapter à la situation. Face à la douleur, la maladie, l'impossibilité d'agir, le soignant oscille entre ses envies d'intervenir et quelquefois « *d'accepter le fait que dans certaines*

⁴⁰⁵ MOUTEL, Grégoire. *Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche en médecine. Entre idéalismes et réalités cliniques*. Paris : L'Harmattan, 2004, p. 49.

situations, on ne peut rien faire pour améliorer l'état de santé d'une personne. » (086). Le soignant précisera qu'il essaie « *de ne pas culpabiliser* ».

A partir de ces évocations, la formation va pouvoir jouer son rôle dans la construction de compétences évaluables en situation. Il ne s'agira pas de changer ou de supprimer les évocations initiales des étudiants, mais de les ouvrir et de les diversifier. Si l'acceptation du soin par le patient semble une évidence parce qu'inscrite dans une sorte d'obligation d'assistance au malade, l'acceptation par le soignant de ce qu'il réalise ou de ce dont il est le témoin, actif ou non, semble plus complexe, plus problématique voire plus conflictuelle au regard de son identité professionnelle.

Le concept de Bien-être : « Ces larmes n'ont fait qu'accentuer mon envie de devenir infirmière. » (042)

Le bien-être occupe une place importante dans le modèle d'intervention infirmière et il est abordé comme tel dans la formation. Lors de la fin de vie, les soins essentiels sont préservés : « *Le plan de soin de M. P. est essentiellement basé sur le confort et le bien-être.* » (082). Celui-ci est maintenu dans une préoccupation constante du soignant : « *Bien sûr, le bien-être de la patiente est notre priorité* » (097). Cette évocation mentale traduit une certitude, une évidence.

Qu'en est-il alors des analogies, des rapports de sens et de ressemblance que les soignants établissent dans les soins ? Un lien direct entre bien-être et respect de l'humanité de la personne et des gestes simples en seraient les signes : « *Cette situation a donc perturbé mes propres valeurs principales au niveau de ce métier. L'humanisme, en premier lieu, qui est le fait de penser au bien-être de la personne et donc de ne pas la réveiller en la tirant par le bras.* » (082). C'est

une évocation mentale directe entre une dimension axiologique globale et un sentiment prêté à la personne car dans cette situation, le patient ne réagit pas.

Bien-être et confiance sont rassemblés parfois dans une association d'idées : « *Pendant l'action, je pensais au bien-être de la patiente, à réaliser le soin de façon à ce qu'elle se sente en confiance.* » (032). Le patient dans cette situation est confronté à une personne mutique. Il lie ces deux notions que sont la confiance et le bien-être dans une relation actée et partagée.

Le soignant n'exprime que très rarement ses envies et ses désirs, son propre bien-être. Est-ce le fruit d'une tradition professionnelle héritée des pratiques religieuses ou d'une place de la parole féminine dans la société ? Ce soignant ne le fait pas directement mais au travers de ses propos c'est bien le sens de ce qu'il désire qui est communiqué : « *Sa méthode d'apprentissage était tout à fait compatible avec mes envies, mes besoins et mes attentes, si bien qu'il m'a été possible très rapidement d'effectuer des soins dans le respect des règles de bonnes pratiques et seul.* » (071). Pour combler ses attentes dans la pratique du soin, ce soignant souhaite agir dans les normes et seul.

Les marques d'affection du patient font associer au soignant cette situation à son choix d'activité professionnelle : « *Cette marque d'affection, ces compliments, ces quelques larmes m'ont profondément touchée. Je ne m'y attendais pas vraiment, même s'il était la plupart du temps affectueux avec moi, sauf lorsque son humeur n'était pas au beau fixe. Ces larmes n'ont fait qu'accentuer mon envie de devenir infirmière.* » (042). La démonstration émotionnelle du patient entraîne chez le soignant une évocation mentale en lien avec son projet professionnel, comme une vérification *in situ* du bien-fondé de son choix d'orientation. Le lien permet au soignant d'asseoir sur des signes concrets des décisions construites à partir de ses représentations. Il vit une forme de confirmation identitaire à travers l'image qu'autrui lui renvoie de lui-même.

L'attention au bien-être s'installe au travers des gestes du soignant, signes de son affection pour la personne, pour son *amour de l'Autre* : « *J'avais parfois envie*

de le prendre dans mes bras mais je me suis souvenue du concept de distance thérapeutique. » (083). La norme sociale vient modérer les propos du soignant mais on se situe bien dans la dimension affective. Un soignant face à la mort veut prendre le risque de la relation, de l'attachement : *« J'ai eu envie d'aller avec elle car j'en avais marre d'éviter à chaque fois » (061).* La formulation en double négation traduit une volonté d'écarter le regret : *« je n'avais pas envie de ne pas y aller ».*

Identité : « j'avais donc le devoir de m'intéresser à elle ce que j'ai fait avec plaisir. » (074)

Le soignant perçoit l'importance de sa place au contact direct avec le patient. C'est de sa responsabilité de voir les signes, de comprendre les situations, d'en décoder la clinique, l'urgence potentielle : *« Mais aussi que chaque signe peut s'avérer être très alarmant et mettre en jeu le pronostic vital de la personne. La notion d'urgence devient donc une question de vie ou de mort. » (039).* Cette problématique interroge le soignant sur son identité : *« Après être rentrée chez moi, je repassais dans ma tête les causes probables de la situation qui venait de se produire ».* Elle se sent responsable et impliquée non seulement dans la situation qu'il a vécue mais au-delà, dans ce qui la structure.

Lorsque qu'il s'agit de définir l'identité de soignant, la responsabilité est souvent évoquée : *« En effet, [...] une des caractéristiques les plus connues du métier d'infirmier est le caractère stressant des responsabilités qui nous incombe. » (071).* Le soignant doit agir *« rapidement et efficacement » (049)* tout en s'impliquant dans la relation qui s'organise avec le soin. Cette implication n'est pas feinte, elle est inscrite dans la profession : *« J'ai tout d'abord été impliqué par l'état de santé de Mme E., la personne soignée est au centre de notre métier j'avais donc le devoir de m'intéresser à elle ce que j'ai fait avec plaisir. » (074).* Au commencement est le devoir, ensuite vient un plaisir.

Qu'en est-il vraiment de l'implication et de l'activité réelle ? Ce soignant imagine que des méthodes relationnelles permettent de contenir l'implication : « *Le vouvoiement me semble pourtant essentiel dans la distance thérapeutique, c'est une marque de respect et il permet d'éviter la proximité et de freiner son implication dans la relation soignant-soigné.* » (055). L'implication est-elle le seul fruit d'une volonté ou d'une posture professionnelle ?

L'identité professionnelle est très souvent mise en avant dans une dimension de la norme et de l'image renvoyée auprès du patient : « *J'ai appris de cette rencontre qu'il faut parler à tous les patients avec le respect et l'empathie qu'ils méritent. Qu'un patient semble vous comprendre, vous entendre ou non, nous devons lui parler de façon professionnelle et intelligente, le soigner avec respect.* » (028). Et lorsque le soignant s'aperçoit d'un décalage entre ce qu'il souhaite être et ce qu'il fait ou dit, il peut aller jusqu'à le partager au patient. C'est le cas de ce soignant qui avait utilisé des « *paroles manquant de tact* » : « *Elle reconnut également sa faute en tant que professionnel de santé. Et décida d'aller s'excuser à son tour auprès du patient.* » (054).

Réciprocité : « J'ai été touchée par sa réaction, car j'accorde beaucoup d'importance à la relation » (020)

Les propos des soignants n'expriment pas directement les bénéfices qu'ils tirent des situations de soins et de la rencontre du patient. Les évocations mentales, souvent formulées par *petites touches* laissent entrevoir toute la réciprocité que les soignants constatent (ou espèrent ?). C'est bien souvent une alternance entre ce que confère le pouvoir du soin et la confiance que les patients accordent au soignant. Pour cette situation, un stratagème avait permis au soignant d'arriver à ses fins, mais la patiente se raidit et ne coopère plus : « *Cela fonctionna au début, me conférant un peu de joie et de satisfaction, puis, ses délires allant en s'aggravant, elle ne voulut plus rien entendre. Elle n'avait plus confiance en personne.* » (040). Cette joie était celle de la réussite d'avoir pu aller au-delà de

la maladie, d'avoir eu le sentiment d'être plus fort que la réalité du délire et de la maladie mentale. Mais le patient, même délirant, n'a plus confiance. Il ne se laisse plus aller aux mains d'un soignant qui décide et qui sans la confiance, se sent « *désemparé* », littéralement « en perte d'emprise » sur la situation.

Lorsque le soigné exprime son remerciement, le soignant l'accueille comme une confirmation du bien fondé de ses actions : « *Les applaudissements des résidents à la fin nous comblèrent de joie et leurs remerciements nous firent le plus grand bien.* » (041). Dans cette situation le soignant était accompagné d'un chien. A qui sont véritablement destinés ces applaudissements ? Au soignant, au chien, au bonheur ressenti par les patients ? Le soignant fait une passerelle mentale entre ces applaudissements et sa réussite, son action efficace, le pouvoir de la rencontre « *nous avons été très satisfaits de cette animation qui nous aura permis de redonner le sourire à certaines personnes, ne serait-ce que pour le temps d'une rencontre...* » (041).

Lorsqu'il s'engage dans la relation de soin, le soignant attend du patient qu'il soit dans une même disposition que lui, comme une évidence qui ne s'exprime que lorsque la situation la contredit : « *De plus je me suis sentie impuissante face au silence de M. O., j'ai essayé de le faire rire, je me suis montrée attentionnée et gentille envers lui, mais rien n'y faisait, il avait décidé qu'il ne me parlait plus et il se tenait à sa décision. J'ai été touchée par sa réaction, car j'accorde beaucoup d'importance à la relation que j'entretiens avec les patients.* » (020). Le soignant avait tout mis en œuvre dans son engagement relationnel par la gentillesse et l'attention, mais rien n'y fait et cette situation est pour lui incompréhensible.

Notre analyse n'avait pas comme objectif d'évaluer si les évocations mentales étaient conformes à l'activité de soin réelle. Ce qu'elle démontre, c'est toute l'importance du travail à mener sur les évocations mentales exprimées par les étudiants, pour mettre en œuvre des stratégies de formation en vue d'une construction de leur professionnalité.

4.3.3. Les modes opératoires : la représentation de l'agir en interaction avec le contexte

Les modes opératoires sont les représentations qui sont liées à l'action, qui la préfigurent ou qui en sont issues. Elles jouent donc un rôle clé en vue de la pertinence de l'intervention soignante lorsqu'il s'agit d'adopter ou d'écarter tel ou tel protocole de soin. Ces images mentales permettent d'accéder aux représentations des acteurs, à ce qu'ils s'imaginent en ce qui concerne leur façon actuelle ou future de procéder dans une situation professionnelle. Si ces modes opératoires sont la traduction « *d'une position sociale* »⁴⁰⁶, ils sont également des modes de l'agir du psychisme, donc les marqueurs de logiques sociocognitives en interaction avec le contexte d'intervention (Fischer, 1997).

En ce qui nous concerne, rappelons que l'analyse s'appuie sur des récits de situations vécues par des étudiants en stage. Nous analyserons donc des modes opératoires relationnels dans le registre des habiletés sociales (relation) et cognitives (prise de décision, évaluation de situation ou de risque).

S'il est évident qu'une situation de soin n'existe que si elle a été vécue, le sens, lui, se construit à partir d'un processus qui met en jeu les représentations de l'acteur, la prescription de la tâche à accomplir et l'activité par elle-même :

« Le sens est inhérent au travail humain. Cela signifie que les logiques plus ou moins formalisées, plus ou moins explicites, et néanmoins actives au plan individuel et collectif, sont construites, mobilisées et portées par l'acteur et les groupes en tant que

⁴⁰⁶ DESCHAMPS, Jean-Claude, MOLINER, Pascal. *L'identité en psychologie sociale. Des processus identitaires aux représentations sociales*. Paris : Armand Colin, 2012.

processus et moyens de lecture d'une part, de la prescription de travail et, d'autre part, de l'activité »⁴⁰⁷

La réaction du soignant face au deuil

Dans cette situation où le soignant dit quelques mots à une famille en deuil, il se questionne sur la démarche à adopter. Même si pour cette relation de soin il n'existe pas à proprement parler de solution, la problématique pour le soignant reste de savoir que faire et comment : « *En tant que futur soignant je ne sais pas réellement comment réagir et quoi dire dans une discussion similaire mais c'est en tant qu'être humain que je me sens le plus démuni.* » (075). Les sentiments se mêlent et révèlent que la simple procédure normée n'est pas suffisante. Il s'agit pour le soignant d'élaborer de nouvelles représentations, de nouveaux modes opératoires, ici de nature relationnelle. Le soignant construit sa manière de faire et adapte son comportement pour réaliser un soin qu'il pense efficace, au regard de ses expériences passées : « *je ne savais pas comment réagir, je ne savais pas quoi faire pour lui montrer que j'étais là pour l'écouter et la soutenir. Puis, je me suis souvenue d'une situation plus ou moins similaire au cours de mon premier stage, où après analyse de la situation, on m'avait fait comprendre l'importance du langage corporel.* » (035).

Le soignant et l'atteinte des objectifs

Chaque soignant donne donc du sens à la performance qu'il souhaite réaliser, par le biais de ce que disent les patients, la réalité de l'activité, mais également, par ce qu'il s'imagine devoir atteindre comme objectif. Sa représentation des résultats de son soin en fonction de sa manière de faire le questionne : « *A la fin de cette toilette je me suis senti incompétente, j'ai eu l'impression que je n'avais*

⁴⁰⁷ BONNET, Rosette, BONNET, Jacques. *Nouvelles logiques, nouvelles compétences des cadres et des dirigeants. Entre relationnel et sensible*. Paris : L'Harmattan, 2003, p. 142.

pas été assez douce et que je n'avais pas assez expliqué mes gestes. Je me suis sentie débordée et pressée par l'autre soignante. » (030). Le soignant critique son mode d'intervention, il estime les résultats de son action insuffisants pour le patient. Il s' imagine le résultat de ses actes face à ce qu'il devait faire (la toilette) au regard des signes qu'il perçoit sans doute auprès du patient (je n'ai pas assez expliqué) et en fonction de sa représentation de ce qu'il a fait (j'ai eu l'impression que je n'avais été assez douce). Dans cette situation, le travail d'équipe vient également complexifier la procédure. Chacun s'organise à partir de ses propres modes opératoires qu'il respecte pour garantir une relation de soin performante et conforme à ce qu'il se représente : *« J'ai pris sur moi pour rester professionnelle et réaliser sa prise en charge dans les meilleures conditions. »* (055). Même s'il peut y avoir un écart entre *« le pensé et le réalisé »*⁴⁰⁸, le soignant adopte une posture qui lui permet de garder une certaine maîtrise sur lui-même et sur la situation, il en ressent le besoin pour contenir la relation dans un mode qui lui convient : *« Dans cette situation de première prise de sang, le stress m'a envahie Je n'ai pas su le contrôler. »* (056). Ici, le soignant exprime cette volonté de maîtrise et de contrôle de la situation. Pourquoi ce sentiment d'échec alors que le geste est très protocolisé, que le soignant connaît ce qui lui est prescrit dans cette situation technique et qu'il a une représentation de ce qu'il doit faire et de ce qu'il fait ? Dans ce cas, l'activité par elle-même vient perturber le mode opératoire et c'est le stress qui apparaît.

Le soignant et l'adaptabilité de son mode de relation au patient

Le patient est également un protagoniste de l'activité et à ce titre, dans le cadre d'un mode opératoire relationnel, il est facteur imprévisible de la relation : *« La distance thérapeutique avec cette patiente souffrant d'un retard mental est problématique, en effet Mme O est proche et familière avec les soignants ce qui peut altérer la qualité des soins. »* (008). Est-ce vraiment la qualité des soins qui

⁴⁰⁸ BONNET, Rosette, BONNET, Jacques. *Du manager novice au manager expert*. Paris : Hermès Science Publications, 2006, p. 56.

est en jeu dans cette situation ou l'impossibilité pour le soignant de prévoir la réaction du patient ?

L'habitude peut prendre le relais pour tenter de donner sens à la relation. Le soin devient ritualisé : « *Elle est alors allée voir l'AS [aide-soignante] lui a demandé d'où sortait cette règle, qui lui a répondu "ça a toujours été comme ça, toutes les AS le disent".* » (062). Et même si le soignant questionne les préférences et habitudes de vie du soigné, il reste dans un schéma d'activité conforme aux procédures habituelles qu'il met en place : « *Je l'ai questionné sur ses habitudes d'hygiène, par exemple quel produit de douche elle prenait habituellement, à quelle température elle aimait l'eau et si elle voulait un shampoing ou non.* » (048).

Le soignant et la mesure de son efficacité dans le soin

Si pour mesurer l'efficacité de la relation de soin les critères sont souvent indirects, le soignant mesure l'efficacité du soin par la réussite du geste technique : « *Je me suis interrogé sur l'efficacité de mon geste. Je me suis senti mal à l'aise car le patient n'a pas été réanimé, je me suis demandé si j'aurais pu faire mieux.* » (090). Le soignant critique le mode opératoire qu'il a mis en place pour là encore, questionner ce qu'il se représente de son action lors de la réanimation, en fonction de ce qu'il devait faire et d'une activité vécue.

Deux éléments sont invoqués autorisant une efficacité du soin : en premier lieu la connaissance du soigné, en particulier les éléments nécessaires à la prise en charge, et en second lieu l'expérience du soignant dans la situation rencontrée : « *Face à cette situation j'ai pensé qu'il me manquait plusieurs éléments pour aider efficacement cette personne : la connaissance de sa pathologie, de sa dépendance (pouvait-elle porter seule la cuillère à sa bouche), l'existence éventuelle d'un risque de fausse route et l'expérience.* » (043). Si connaître le patient est un invariant dans de nombreuses situations, qu'en est-il de la nécessité de posséder pour le soignant une réserve d'expérience dans laquelle il pourra puiser des ressources, des stratégies de réponses aux situations professionnelles par des modes opératoires construits et assimilés ? C'est le lien

qui est fait entre expérience et autonomie : « *Sur ce genre de soin, je me sens assez autonome pour les réaliser seule en sachant qu'ils ne sont pas très compliqués et que c'est essentiellement le fait de pouvoir les répéter régulièrement qui permet de se sentir confiant et autonome.* » (069). Le modèle de la répétition reste très présent comme une source d'apprentissage des gestes et des postures dans la relation. Les attitudes empiriques sont mises en avant mais révèlent une incapacité à mesurer pleinement l'efficacité du soin : « *C'est tout naturellement qu'une communication non verbale s'est mise en place entre l'équipe et cette patiente mais nous restions quand même dans l'incertitude de l'efficacité des soins apportés.* » (016). D'où la justification d'attitudes soignantes ou de positionnement préalable basés sur des ressentis plus ou moins explicités : « *je pense qu'un excès d'empathie peut nuire à mon travail* » (008) ; il peut s'agir également d'images mentales dont les liens restent personnels au soignant : « *J'arrive à présent à recadrer la patiente pour conserver la notion de distance thérapeutique et je peux être autonome sur la réalisation de ses soins.* » (006).

La relation de soin est construite autour de modes opératoires relationnels conditionnant la performance. Ils procèdent d'une « intelligence du social » qui souvent n'est pas théorisée par l'acteur : « *J'ai donc vite compris qu'il faut être proche du patient sans pour autant trop s'y attacher, ce qui pourrait nous faire beaucoup de mal, ainsi qu'à ce dernier d'ailleurs.* » (008).

À ce titre, la formation prend toute sa place en veillant, dans une logique sociocognitive, à permettre aux acteurs de prendre conscience des modes opératoires, de les critiquer en les aménageant, pour ensuite en mettre en place de nouveaux qui accompagnent les changements d'habileté et de compétence : « *Je me sens assez autonome sur l'ensemble de cette activité pour la réaliser seule mais après l'avoir étudiée en formation* » (097).

Le soignant face à la douleur

Au cours d'une situation, le soignant avait demandé au patient son autorisation pour faire le soin et le patient avait accepté. Il avait identifié la douleur comme unité de mesure de la relation de soin : « *Jusque-là le soin s'était toujours bien passé* » (008) ce qui voulait dire « je ne lui avais pas fait mal ». Sans l'accord du patient, qu'en aurait-il été de la décision d'effectuer le soin ? Convaincre, forcer, se plier aux exigences, ne rien faire... Autant de stratégies soignantes diverses qui montrent la multiplicité des modes opératoires possibles pour la même activité.

Dans d'autres cas c'est le corps et son espace sensoriel propre qui proposent au soignant la distance adéquate : « *Mais au fur et à mesure des minutes, je constate que son bras frôle systématiquement le mien, bien que je me trouve maintenant sur la gauche de cette personne. A ce moment, je considère donc que le geste est intentionnel. Je me questionne sur le pourquoi de cette situation.* » (022). Le soigné réduit ici la distance de manière intentionnelle, le corps vient signifier un rapprochement non désiré. Le soignant est bousculé dans ses représentations de l'action, il se questionne sur la démarche à adopter : « *Je me sens peu à mon aise, non pas à cause de la proximité qui m'effleure le bras à chaque balancement, mais plutôt à l'interprétation que ce geste pourrait engendrer* ». La soignante « *ne se considère-t-elle pas comme sujet de soin ?* », finalement, le soin a-t-il envahi une autre dimension que celle du soin ?

La relation de soin est considérée comme une situation qui doit entraîner une répartition harmonieuse des positions de chaque acteur : « *je dois respecter le cadre thérapeutique, ainsi que la distance thérapeutique.* » (022). Si cette notion de distance reste floue, elle est néanmoins souvent perçue par les soignants comme une nécessité pour la réussite du soin : « *Mme O est proche et familière avec les soignants ce qui peut altérer la qualité des soins.* » (026). Le soignant attribue à la distance une vertu qualitative : « *Sans distance thérapeutique, la qualité des soins régresse* ».

L'analyse des modes opératoires mobilisés par les soignants permet d'appréhender les processus d'intervention en actes comme des repères entre ce qui est attendu du soignant et son activité réelle. Dans une démarche de construction de la professionnalité, ces éléments sont pertinents et utiles, particulièrement dans le cadre de la formation, pour amener le professionnel vers une évolution de ses logiques d'action. Ces modes opératoires associés aux concepts et aux évocations mentales participent à la création du sens dans la pratique du soin.

4.3.4. Le sens du soin questionné à travers ses pratiques

Les représentations fournies par les étudiants en stage montrent que la relation de soin est souvent pensée par ces derniers de manière linéaire, par étapes successives s'enchaînant les unes aux autres : une pathologie, un diagnostic, une offre de soin... La démarche de soin infirmière est enseignée de la même manière et l'intervention soignante procède de la même construction méthodologique.

Notre analyse révèle également que les soignants recherchent une sorte d'équilibre dans la relation de soin entre soigné/soignant. Le soignant n'apparaît pas systématiquement en position de force dans la relation et le soigné pas nécessairement en position de faiblesse. L'équilibre est une sorte de balancement alternatif, mû au gré de la situation relationnelle, dont le point d'équilibre n'est jamais définitif. Il est le fruit d'une *attention d'équilibration* de la part du soignant, lui-même sans cesse en questionnement, en instabilité et en mouvement, ce qui implique une forme d'habileté sociale dans le soin.

Notre analyse fait apparaître que le modèle dominant dans l'acquisition des savoirs pour les étudiants en stage n'est pas celui de la compétence au sens de la définition de Zarifian :

« La compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté [.../...] »

La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente [.../...]

La compétence est la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de responsabilité »⁴⁰⁹.

Le modèle d'acquisition des savoirs est plutôt basé sur le celui de la répétition, ancrée dans une pratique empirique. En l'occurrence, il ne s'agit pas particulièrement de la manifestation d'une posture d'expert mais plutôt de celle du soignant novice dans sa recherche d'identification professionnelle, recherche liée à une autre quête, celle d'une technicité pour l'instant inconnue ou non maîtrisée. L'étudiant se tournera alors vers le soignant *qui sait faire* et qui pourra répondre au *pourquoi*. Mais ce soignant n'est pas forcément celui *qui sait comprendre*, qui est en capacité de créer des liens entre sa pratique et la théorie, d'avoir un regard distancié sur son activité. Il aura tendance à expliquer les situations par l'application de la règle, du protocole, de l'habitude plutôt qu'à chercher à comprendre la situation en recourant à un processus de métacognition qui exige un niveau d'expertise élevé. Les liens que le soignant crée sont plus de l'ordre du ressenti non explicité que de celui d'une véritable

⁴⁰⁹ ZARIFIAN, Philippe. *Objectif compétence*. Rueil-Malmaison : Editions Liaisons, 1999, pp. 65-71.

analyse ou d'une mise en perspective de son activité en termes de construction du sens de celle-ci. Les attributions causales attestent d'analyses souvent attachées à une tradition et une culture plutôt qu'à de réels savoirs scientifiques, techniques ou encore sociaux. Sur ce point, il est en effet nécessaire de remarquer que l'une des difficultés méthodologiques rencontrées est l'utilisation *d'allants de soi* véhiculés largement au sein du groupe social des soignants et répercutés sans être critiqués dans le discours des étudiants. Ces stéréotypes, ces évidences partagées servent à justifier les pratiques, les postures et les positionnements des intervenants.

Face à ces éléments repérés dans les récits de situation de soins, il nous semble opportun de faire un parallèle entre la démarche de compréhension menée et une stratégie de formation possible, propice au parcours de professionnalisation des étudiants infirmiers. En effet, de nouvelles productions de connaissances sont possibles lorsque les logiques d'acteurs ont été rendues plus explicites dans leurs modes de construction et dans la manière dont elles peuvent être améliorées et consolidées.

La formation s'appuie sur un projet pédagogique qui propose une démarche d'alternance intégrative. Pour ce faire, il semble nécessaire d'appréhender les représentations exprimées par les étudiants comme autant d'opportunités pour que le parcours de formation puisse réellement conduire à la professionnalité visée.

Nous avons vu dans l'analyse du chapitre précédent que le repérage de l'expression des valeurs dans l'activité soignante est un apport fondamental, en particulier pour que l'analyse de ces valeurs puisse participer à la construction de l'identité individuelle et collective. En ce qui concerne les concepts, évocations et modes opératoires, ils sont de nature à compléter cet apport permettant aux étudiants de réduire les écarts qui les séparent de la pratique professionnelle et

de progresser dans la création du sens qu'ils peuvent produire dans la pratique du soin.

Les étudiants infirmiers, dont les récits de situation de soins ont fait l'objet de notre analyse, sont inscrits dans une démarche de formation professionnelle. Le récit de vie que nous allons analyser dans le chapitre suivant est celui d'une personne ayant décidé bénévolement d'accueillir une personne âgée à son domicile.

5. M. Pierre, une histoire de vie et de relations

Comme évoqué en introduction de cette thèse, nous avons été interrogé par la démarche d'un homme ayant fait le choix d'accueillir à son domicile une personne âgée dépendante, en dehors d'un cadre familial ou professionnel. M. Pierre vit en Suisse où nous l'avons rencontré pour réaliser un entretien de type *récit de vie*.

Nous avons souhaité comprendre, à partir de cette monographie, ce qui donne sens à cet engagement dans le soin afin de nous permettre d'en dégager les enseignements au bénéfice de notre objet de recherche.

5.1. Un parcours de vie au rythme des rencontres et des ruptures

L'analyse diachronique de l'histoire de vie de M. Pierre fait apparaître que son parcours a été jalonné de rencontres et de ruptures qu'il n'a pas lui-même choisies. A l'adolescence, suite à une anémie, sa famille l'envoie dans un chalet de montagne. Lui-même se trouve très fatigué et pense « *être foutu* » (412)⁴¹⁰. Sa maladie ne lui donne que peu d'espoir d'avenir et il voit ses rêves d'études s'éloigner : « *Oui, j'étais très malade... je vais pas continuer les études* » (397).

Une fois remis, son père l'inscrit sans son avis dans une formation de commerce. M. Pierre l'accepte « *Mon père... m'a inscrit dans une école institut de commerce, c'était une école pour pouvoir entrer dans la douane, au CFF⁴¹¹, l'administration, à l'école de trucs comme ça. Et pis ça, c'était super pour moi, super.* » (418). Tout au long de son récit, la capacité de compliance de M. Pierre s'exprime. Les

⁴¹⁰ Comme indiqué partie II, sous-chapitre 1.2. : « Méthode de constitution du corpus et méthode de recueil de données », l'entretien de M. Pierre a été enregistré puis transcrit fidèlement dans le volume II de cette thèse, les citations relèvent donc du langage oral. Les numéros entre parenthèses correspondent aux lignes de l'entretien.

⁴¹¹ Chemins de Fer Fédéraux suisses.

événements qu'il subit sont souvent transformés en aspects positifs et même au-delà, il les intègre à ses projets comme autant d'éléments de force. Il entre en apprentissage parce que son chef lui dit qu'il faut le faire : « *le chef comptable m'a dit mais faut faire l'apprentissage.* » (436). Un de ses directeurs lui propose une nouvelle formation, M. Pierre n'avait rien prévu mais il accepte. Il dira « *Voilà, alors là ça s'est passé* » (445) simplement, comme si pour lui les événements qui arrivent construisent sa vie, qu'il n'y a pas nécessité de choisir. Pour l'anecdote, la rencontre de sa future femme, à 29 ans, procède un peu du même mécanisme. Avec du recul il mesure maintenant que si lui n'avait rien prévu, ce n'était peut-être pas le cas pour sa future femme : la voilà dans l'impossibilité de rentrer chez elle, elle propose à M. Pierre de rester chez lui : « *Pis comme elle pouvait repartir, elle avait tout préparé son plan.* » (649). Pour tous ces événements M. Pierre parle de « *chance* » (449). Il transforme ces ruptures, ces changements, ces propositions en autant d'arguments pour modifier, avancer, construire son histoire de vie. Il ne les subit pas, il les utilise et les convertit en ouvertures riches de rencontres et de *contacts* (mot très souvent utilisé par M. Pierre). Il devient ami avec ceux qu'il rencontre sur son chemin de vie : un chef comptable maître d'apprentissage (298), un conseiller d'Etat (316), un directeur du budget (332) et le prêtre qui l'accompagne au moment de la mort de son épouse.

La mort de sa mère est une rupture difficile pour M. Pierre. Lorsqu'il évoque le sujet le débit de parole se fait plus lent et les temps de pause dans son discours plus longs. Autant d'éléments qui peuvent faire penser que M. Pierre, malgré les années reste encore affecté par cet événement. Il en sera de même lorsqu'il évoquera la mort de sa femme.

A l'adolescence, M. Pierre est l'un des quatre hommes de la maison. Il est apprenti et en même temps très présent pour les tâches ménagères domestiques. Il est très souvent seul avec son père car ses deux frères ne sont plus en permanence à la maison. Le voilà dans une situation de prendre en charge une personne plus âgée que lui. Il le fait, il trouve cette situation difficile, mais pour M. Pierre « *c'est comme ça* », non pas par fatalité mais comme une

réalité non négociable : « *Et pis là alors bon l'apprentissage c'est très dur de nouveau, je faisais un peu le ménage quand même à la maison aussi, la lessive aussi, mon père était seul, mes deux frangins étaient loin.* » (467). M. Pierre minimise beaucoup son activité quotidienne car il fait l'ensemble des travaux de la maison, les courses et même ce qui est dévolu à cette période aux femmes de la maison : « *j'ai appris, j'ai appris à coudre à la machine, j'ai appris à tricoter* » (474) « *j'ai appris à faire à manger.* » (472).

La mort de la femme de M. Pierre est un moment important de son parcours de vie. Il le raconte d'ailleurs avec beaucoup de simplicité : « *Oui voilà, on a bu un verre, pis y a eu un petit entracte, j'ai dit " tu bois un verre ? - Oui, oui un verre de rouge. ", fini 10h10 fini, elle prend les verres dans la cuisine après elle va dans la salle de bain se préparer, je la trouve par terre dans la salle de bain, qu'est-ce que tu vas dire, arrêt du cœur.* » (704). Dans ce court extrait apparaît toute la pudeur dont fait preuve M. Pierre pour parler de la mort de sa femme. Et en même temps, il y a cette acceptation d'un événement inéluctable « *qu'est ce tu vas dire ?* ».

Dans cette analyse, nous ne pouvons que noter la réelle similitude entre la situation que vit M. Pierre avec son père et la situation qui a fait notre intérêt pour ce récit de vie, l'hébergement à son domicile d'une personne âgée dépendante. M. Pierre n'aborde pas les événements de sa vie comme autant d'étapes pour atteindre un objectif. Son parcours est jalonné d'opportunités qu'il saisit, avec une certaine confiance en ses propres capacités d'adaptation, un fort *sentiment d'efficacité personnelle* (Bandura, 1997, 2003).

5.2. Aider une personne âgée comme un acte de remerciement ou la genèse du sens du soin

C'est après le décès de sa femme que M. Pierre a accueilli une personne âgée dans son appartement Genevois dans une démarche de l'ordre du *prendre soin* rarement observée, ce qui a déclenché notre souhait de le rencontrer.

M. Pierre évoque l'amitié qu'il entretient avec cette personne âgée. Il exprimera par la suite que cette amitié s'est mise en place à la suite du décès de sa femme : « *C'est à dire il y a une grande amitié qui s'est créée rapidement.* » (187). Cette personne âgée a été très présente dans l'accompagnement de M. Pierre, en particulier sur le plan spirituel. En effet, M. Pierre est catholique et la mort de sa femme a été pour lui un temps de remise en question de ses croyances. Cet accompagnement l'a beaucoup aidé, avec le sentiment d'être redevable pour ce geste : « *Ça s'est très soudé ça oui, moi je lui ai dit bon, j'ai dit, j'ai dit je le remerciais et tout pour tout ce qu'il a fait pour moi, et je lui ai dit si t'as besoin moi je m'occupe de toi. C'est comme un, comme un pacte pratiquement.* » (730). Cette attitude va au-delà du simple geste de remerciement, le sentiment de devoir quelque chose : « *Euh sans que soit une dette mais je sais pas...* » (739). Peut-être pouvons-nous déceler une des marques de progrès de la société décrite par Mauss : « *Les sociétés ont progressé dans la mesure où elles-mêmes, leurs sous-groupes et enfin leurs individus, ont su stabiliser leurs rapports, donner, recevoir et enfin, rendre.* »⁴¹².

Dans l'éducation de M. Pierre, la valeur de l'accueil était très importante, ses parents étaient sociables son père travailleur. Aujourd'hui, la valeur qui semble dominante pour M. Pierre est le « *le travail* » (564).

⁴¹² MAUSS, Marcel. *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques.* Paris : Librairie Félix Alcan, 1925, p. 105.

Sa famille proche, à l'annonce de son choix d'accueillir une personne âgée, n'a pas exprimé de réticence. Son fils habite dans l'appartement en dessous de M. Pierre avec des contacts quotidiens. Sa fille carmélite, engagée dans une vie spirituelle, a compris très rapidement le choix de son père, car elle-même est convaincue de l'importance de la dimension caritative, du bien fondé d'un engagement au service des autres : « *Ils étaient tout contents que j'aide quelqu'un.* » (143). Pour M. Pierre, aider est une chose naturelle, il a d'ailleurs été très étonné d'être questionné sur sa démarche : « *c'est spontané. C'est naturel... Naturel... Naturel.* » (784).

5.3. Une relation soignante avec les personnes âgées : régularité et gestes du quotidien

M. Pierre est également *visiteur à l'hôpital*, il se rend dans un établissement pour personnes âgées et aide les soignants lors d'animations. Il explique sa relation à la personne âgée comme une activité naturelle et simple : « *Je mettais dans l'ascenseur et une autre équipe les prenait, moi je faisais que l'ascenseur, c'était bien qu'il y ait toujours le même pour eux... Et puis, ils étaient très attachés, ils s'attachaient, il y a beaucoup, si un dimanche je pouvais pas là, je savais quand je revenais ils me disent vous étiez pas là dimanche passé, j'aimais bien aussi leur poser des questions, les personnes âgées, enfin, une dame âgée toujours, ah qu'est-ce que vous avez une belle, une belle robe et tout, ah oui ça me fait plaisir que quelqu'un dise, voilà des choses comme ça.* » (236). La régularité de la prise en charge est pour M. Pierre un élément essentiel du soin : donner des repères à la personne âgée en lui permettant de reconnaître son interlocuteur, celui qui va l'aider dans sa tâche. M. Pierre remarque que la personne aidée est attentive à ceux qui sont présents pour l'accompagner et relève leur absence.

Lorsqu'il accueille la personne âgée à son domicile, M. Pierre se charge des soins quotidiens : « *Je faisais le repas j'aime bien faire la cuisine, tout, aucun problème.* » (94). La façon dont M. Pierre présente cette activité est assez

révélatrice de la manière dont il considère le service qu'il rend. Il fait le repas certes, mais tout de suite il précise qu'il aime bien le faire, qu'il n'y a pas de problème. L'engagement est bien celui d'un homme qui considère sa démarche simple et naturelle, c'est le sentiment général qui ressort de l'entretien. M. Pierre ne minimise pas son geste, son activité, il la trouve simplement normale, évidente, frappée du bon sens que nous pourrions traduire par : *Il en a besoin, je peux le faire alors je le fais.*

5.4. Le soin à la personne âgée, simplicité du contact et participation du corps

Le *contact* avec la personne âgée semble essentiel pour M. Pierre. Ce serait un élément important pour le bien-être de la personne : « *Mais uniquement le contact, les saluer, discuter avec eux.* » (264). Le contact que l'on peut analyser plus largement sous le terme *relation* est très souvent pour M. Pierre accompagné de gestes, de touchers, d'attention au corps de l'Autre : « *Et pis maintenant quand je vais, je vais lui toucher la main*⁴¹³, *dès fois il est à l'entrée parce que c'est vitré, je rentre et pis je regarde s'il est là puis je vais lui toucher la main mais il marche sans rien, il raisonne tout à fait bien, tout à fait, tout le temps.* » (966).

Dans ce qu'exprime M. Pierre la relation au corps de la personne âgée est également importante. Cette réduction de la distance fait passer M. Pierre d'une distance sociale à une distance intime : « *la main qui touche est à la fois touchante et touchée, dans un dialogue et une réversibilité toujours susceptible d'apparaître.* »⁴¹⁴. La relation est effective quand M. Pierre arrive. Cependant, un

⁴¹³ En Suisse, *toucher la main* signifie *donner une poignée de main*.

⁴¹⁴ VINIT, Florence. *Le toucher qui guérit. Du soin à la communication*. Paris : Belin, 2007, p. 32.

geste vient comme accorder (mettre en accord) ce dialogue : « *C'est simple, uniquement mais une poignée de main, un mot de travers là à la réception dès que j'arrive...* » (972). Le corps tout entier participe à ce contact, comme M. Pierre l'exprime dans cette phrase qui résume sa pensée : être disponible, aller vers, se pencher : « *Disponible du temps, disponible du temps et... aimer, aimer ce contact, ne pas se gêner d'aller vers l'autre, "comment ça va", se pencher.* » (1024).

Ce récit de vie nous apporte un élément fondamental pour la vérification de nos hypothèses. En effet, le discours de M. Pierre utilise des mots du quotidien et n'est pas organisé autour de la formulation de savoirs professionnels, ce qui laisse apparaître la place essentielle de l'engagement, et notamment celui du corps dans les relations de soin.

5.5. Le récit de M. Pierre : l'expression d'une relation de soin

M. Pierre n'est pas soignant, il a pourtant vécu une réelle relation de soin. Au travers de ce récit spontané, nous avons eu le sentiment de plonger dans l'histoire d'une relation soignante *primaire*, comme non atteinte par les évolutions du monde soignant institutionnel. En effet, si les propos de M. Pierre sont simples, ils ne sont pas simplistes. Ils révèlent des processus de mise en place d'une relation soignante qui apparaissent moins nettement dans le discours des soignants professionnels. L'analyse révèle l'importance du parcours de vie dans la construction d'une identité soignante chez une personne non professionnelle. C'est le cas en particulier de la capacité de M. Pierre à considérer le contact avec l'Autre comme une chance plutôt que comme un problème à résoudre. Dans son récit, M. Pierre exprime une grande capacité d'écoute et de réactivité face aux événements qui lui arrivent. Il ne fuit pas la responsabilité et fait preuve d'une ouverture d'esprit qui lui permet d'être très positif face aux propositions qui lui sont faites. Il se livre assez facilement et prend plaisir à partager son expérience.

M. Pierre est un homme attaché à des valeurs traditionnelles fortes qui sont pour lui le travail et la famille, la parole donnée, l'engagement, la fidélité (1088). M. Pierre se conforme aux décisions qu'il prend, son idéal de vie est plutôt celui d'un ascète que d'un hédoniste. Il est d'ailleurs à noter que l'intérieur de son appartement présente une décoration sommaire, à l'exception de nombreux livres et de photos de famille disposés sur le mobilier.

Comme nous l'avons précédemment évoqué, les propos de M. Pierre confortent l'hypothèse que la dimension corporelle est un élément essentiel du soin. Il ne s'agit pas de réaliser des actes exceptionnels, des manœuvres particulières, d'avoir des attitudes a priori, mais de favoriser une relation de soin par le biais d'un contact corporel d'une grande simplicité, dans l'esprit d'une relation qui permette à la personne de sentir une présence et d'en mesurer la sincérité car dénuée de toute intention contraignante. Le contact corporel est le reflet d'une réelle attention, d'un geste qui montre le plaisir que le soignant trouve dans la relation à la personne qu'il soigne.

Cette analyse nous fait rejoindre l'idée d'une *communication affective* (Martin-Juchat, 2008) qui dans le cas de M. Pierre n'est pas au sens strict *du soin* mais permet la relation dans une dimension soignante au sens où elle assure un mieux-être pour la personne soignée au travers d'une implication corporelle : « *le corps est le médium qui permet à la fois, pour l'être humain, de manifester et de communiquer des affects ainsi que de percevoir, d'intégrer et d'interpréter les siens et ceux d'autrui* »⁴¹⁵.

⁴¹⁵ MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Le corps et les médias : la chair éprouvée par les médias et les espaces sociaux*. Paris : De Boeck Supérieur, 2008, p. 44.

5.6. La formation professionnelle selon M. Pierre : entre attention et confiance

L'analyse du parcours de M. Pierre montre des éléments de sa conception de la formation. Former a été une activité considérée comme très importante pour lui et pour les autres et qu'il a beaucoup appréciée : « *J'aimais beaucoup faire ça. [...] Transmettre, transmettre si j'ai appris, parce que j'ai, j'ai, j'ai vu, j'ai ressenti moi-même, j'ai dû apprendre moi-même alors que j'ai pas eu un chef comptable.* » (811). Dans ses périodes d'apprentissage, M. Pierre a souvent appris seul, en autodidacte. Lorsqu'il a été en mesure de transmettre ses savoirs, il a fait le choix de prendre une position radicalement différente en questionnant la posture du formateur.

Le premier élément qu'il évoque est *le goût de transmettre* : « *Il faut aimer donner, il faut aimer donner...* » (822). Pour M. Pierre, un « bon formateur » doit « *essayer de comprendre les gens, comprendre* » (849) tout en faisant le choix, dans cette attitude de compréhension, d'un partage avec le formé : « *Et, ah oui, comprendre et discuter avec.* » (851). Il faut aussi : « *toujours la confiance, leur donner confiance.* » (866). Il s'agit pour le formateur d'avoir confiance dans les capacités de celui qui apprend, mais également d'avoir une attitude qui permette au formé de prendre confiance en lui. Faire confiance nécessite donc de laisser une certaine liberté : « *Faut pas les encadrer ! Il faut pas les encadrer pour tout* » (874). Pour cela, M. Pierre souligne l'importance de la connaissance du formé qui va au-delà de la seule sphère de l'activité professionnelle : « *et il faut apprendre, apprendre à connaître le caractère du jeune pour pas le blesser, très important.* » (822). C'est une posture d'attention à la personne qui s'exprime ici et cette notion de ne pas « *blesser* » est très intéressante du point de vue de la formation car elle traduit l'importance de la prise en compte globale de la personne formée. Nous avons vu comment le socio-constructivisme mobilisé en IFSI cherche à initier le conflit sociocognitif chez l'étudiant. Cette remarque de M. Pierre souligne le rôle d'accompagnement du formateur lors des phases de

questionnements voire de doutes. Pour lui, l'un des moyens privilégiés pour être au plus près des besoins et nécessités de la formation est la parole. Une fonction de modération est ainsi évoquée : « *Toujours, toujours, faire en sorte que tout le monde parle.* » (895). Pour M. Pierre, cela nécessite une attention de tous les instants.

Trois notions essentielles peuvent être dégagées de l'analyse de cette monographie :

- L'engagement dans une pratique soignante s'inscrit dans un processus dans lequel s'allie une identité construite à partir de valeurs de *dépassement de soi* et des habiletés nécessaires à une relation pertinente et efficace.
- Le corps est médium de la relation soignante, dans un engagement proxémique intime, espace communicationnel où s'expriment les affects.
- La formation nécessite une expertise du formateur en matière d'accompagnement des formés, tant sur le plan des mécanismes en jeu dans l'apprentissage de nouvelles connaissances, que sur celui des changements identitaires initiés par la formation⁴¹⁶.

⁴¹⁶ Ces éléments ont été mis en évidence dans le cadre du parcours de formation des cadres et dirigeants : BONNET, Rosette, BONNET, Jacques. *Nouvelles logiques, nouvelles compétences des cadres et des dirigeants. Entre relationnel et sensible*. Paris : L'Harmattan, 2003, p. 227.

6. Le référentiel de formation infirmier et la prise en compte des personnes âgées

L'analyse de la dernière partie de notre corpus de recherche va s'attacher à mettre en lumière ce qui, dans le référentiel infirmier, relève de la prise en compte de la personne âgée. Il s'agit d'éléments relatifs à l'enseignement du soin mais également de ceux appartenant aux unités d'enseignement d'autres sciences que celles directement relatives au soin.

Nous utiliserons pour cela une procédure exploratoire (Moscovici, 1976) avec l'objectif la compréhension des liens entre les éléments des référentiels de formation infirmière et leurs incidences sur l'apprentissage en termes d'éléments socialement partagés pouvant amener l'ancrage des représentations chez les étudiants en formation (Doise, 1990).

Cette dernière analyse nous permettra de contextualiser, à partir du programme infirmier, les éléments pouvant articuler la formation au paradigme de *soin-communicant* à celle sur la prise en charge des personnes âgées. Elle nous conduira à comprendre comment la problématique du soin à la personne âgée est appréhendée dans les unités d'enseignements sur les trois années de formation. Il convient de rappeler que le programme infirmier s'articule autour d'unités d'enseignements thématiques qui ne relèvent pas d'une vision transdisciplinaire. L'indication de prérequis pour les unités d'enseignement, tentent d'indiquer des liens possibles entre matières et il revient aux formateurs de les insérer dans leurs séquences pédagogiques.

Pour chacune des unités d'enseignement, une fiche détaillée précise « *des objectifs de formation, des contenus, une durée, des modalités et critères d'évaluation* » et la compétence dont elle dépend. Leur organisation est élaborée à partir d'une progression attendue pour les six semestres de formation.

Six champs sont couverts dont les deux premiers sont dits *contributifs* aux savoirs infirmiers dans la mesure où ils permettent d'apporter les connaissances nécessaires à l'apprentissage des *sciences et techniques infirmières* :

- sciences humaines, sociales et droit
- sciences biologiques et médicales
- sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes
- sciences et techniques infirmières, interventions
- intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière
- méthodes de travail.

Notre analyse s'attachera à mettre en évidence les contenus qui, dans les propositions du programme, concernent en particulier les soins portés aux personnes âgées. Au cours des unités, au détour du travail d'une situation de soin, lors d'un exposé participatif ou de l'intervention d'un professionnel, la question du soin aux personnes âgées peut être abordée. Il en va de même pour le choix de telle ou telle situation emblématique travaillée pour les unités d'intégration. Ces contenus ne sont pas directement inscrits dans le programme de formation car ils dépendent de l'activité de formation. Les illustrations, cas concrets ou contenus particuliers, n'en demeurent pas moins indispensables puisqu'ils permettent aux étudiants une visualisation de certains savoirs ou situations professionnelles en jeu dans leur futur métier.

6.1. Les sciences humaines à la base de l'apprentissage du soin

Le premier regroupement de disciplines dans le référentiel de formation concerne les sciences humaines, les sciences sociales et le droit qui font appel à des domaines de connaissances variés :

- la psychologie, la sociologie, l'anthropologie
- la santé publique et l'économie de la santé
- la législation, l'éthique et la déontologie.

Les sciences humaines et sociales ont une place prépondérante dans la formation. Elles sont les premières enseignées et marquent ainsi l'intérêt du dispositif de formation pour la prise en compte du concept de l'Homme dans les soins.

L'objectif de ces unités de sciences humaines est d'abord d'offrir aux étudiants une ouverture sur des disciplines scientifiques qu'ils auront à côtoyer et, pour certaines, à utiliser. Le but n'est pas de transformer les étudiants infirmiers en sociologues, anthropologues ou autres ethnologues, mais bien de rendre compte de champs disciplinaires indispensables à une profession exerçant son activité auprès d'êtres humains.

- La psychologie, la sociologie, l'anthropologie⁴¹⁷

Les unités 1.1 du semestre 1 et 2 « Psychologie, sociologie, anthropologie » permettent d'appréhender l'Homme dans une vision holistique et transdisciplinaire.

En semestre 1, c'est le point de vue psychologique et toutes les implications sur la personne soignée qui est privilégié. Il n'y a pas un enseignement spécifique de la psychologie de la personne âgée mais, au

⁴¹⁷ Les encarts reprendront les objectifs et éléments de contenu présents dans le référentiel, nous n'aborderons pas les recommandations pédagogiques, les modalités et les critères d'évaluation.

travers des contenus abordés, la particularité de la personne âgée est évoquée.

Objectifs de l'unité 1.1 du semestre 1

Caractériser les principaux concepts en psychologie, psychologie sociale

Identifier les étapes du développement psychologique, cognitif, psycho-moteur de l'homme

Expliciter le caractère unique de l'expérience de santé vécue par une personne

Identifier les caractéristiques psychologiques pouvant influencer la représentation de la santé et de la maladie chez une personne ou un groupe de personnes, et la participation aux soins

« *La souffrance psychique, les mécanismes de défense, la résilience, la vulnérabilité...* »⁴¹⁸. Ces contenus sont abordés sans qu'ils ne soient spécifiques aux personnes âgées. Ils sont toutefois présents lors d'une relation de soin gériatrique.

Dans la continuité, l'unité 1.1 du semestre 2 traite plus particulièrement de la sociologie et de l'anthropologie. A cette occasion, de nombreux étudiants découvrent ces nouvelles sciences. Les objectifs de cette unité sont donc généralistes et cherchent à couvrir un domaine assez vaste de connaissances. Les recommandations pédagogiques proposent que l'abord des notions et des concepts puisse permettre à l'étudiant de comprendre les situations cliniques qu'il rencontre. Le thème de la

⁴¹⁸ Les citations sont extraites des éléments de contenu.

personne âgée est abordé non pas du point de vue du soin mais plutôt par une approche macrosociologique du concept de la vieillesse. La place de la personne âgée dans la société, les représentations de la vieillesse et de la mort, la communication auprès des personnes dans des contextes sociologiques différents, le lien entre personne humaine et santé sont autant de prismes de lecture abordés à propos du vieillissement, du grand-âge et de la mort.

Objectifs de l'unité 1.1 du semestre 2

Caractériser les principaux concepts en sociologie, anthropologie, ethnologie

Explorer la signification de la santé dans un contexte de diversité culturelle et sociale, diversité des valeurs et des croyances

Identifier les caractéristiques sociales et psychosociales pouvant influencer la représentation de la santé et de la maladie chez une personne ou un groupe de personnes et la participation aux soins

Expliquer les liens entre la demande de relation et de communication des personnes et les contextes psychologiques et sociaux

Développer une vision intégrée de la personne humaine et de sa santé

- La santé publique et l'économie de la santé

C'est en tant « *qu'acteur de la santé publique* » qu'il est proposé aux étudiants de travailler ces deux domaines de la santé dans les unités d'enseignement 1.2 des semestres 2 et 3. Dans un paysage de la santé en perpétuel changement, cette unité répartie sur deux semestres met en lumière les concepts permettant de comprendre « *l'organisation de la santé et l'offre de soin* » en France.

Objectifs de l'unité 1.2 du semestre 2

Identifier l'organisation de la politique de santé et l'offre de soins

Définir les grands principes de l'économie de la santé en France et dans le monde

S'approprier les concepts en santé publique et en santé communautaire

Objectifs de l'unité 1.2 du semestre 3

Identifier les problèmes de santé prioritaires d'un groupe ou d'une population sur le plan national, régional, en lien avec les déterminants de la santé

Utiliser les méthodes et les outils en santé publique, notamment les statistiques

Identifier et expliciter les modalités de financement des soins de santé en France

Identifier les règles de financement des soins infirmiers dans les structures et en secteur libéral

La pratique de soin est ancrée dans un contexte socio-économique. La référence à la population des personnes âgées n'est pas mentionnée dans les éléments de contenu de ces unités d'enseignement, chaque équipe de formation peut donc choisir le groupe social qui lui servira de support d'étude pour l'apprentissage de la santé publique et de l'économie de la santé. Comme nous l'avons vu dans la contextualisation de notre recherche, la particularité du soin auprès de la personne âgée impacte les pratiques soignantes actuelles et futures. Dans ces deux unités d'enseignement, l'utilisation de cas concrets mobilisant le groupe social des personnes âgées est d'autant plus pertinente qu'elle est de nature à

faire acquérir aux étudiants de nouveaux savoirs et de nouvelles connaissances.

- La législation, l'éthique et la déontologie.

Dans le domaine du droit, l'enseignement propose une réflexion philosophique sur l'être Humain. Véritable porte d'entrée sur les questions sociales contemporaines, ces unités permettent d'identifier, entre autres, « *les valeurs de la profession d'infirmier* ». Dans l'unité 1.3 du semestre 1 qui regroupe la législation, l'éthique et la déontologie, les enseignements prennent en compte « *les droits de l'homme, notamment ceux de l'enfant, de la personne âgée, de la personne vivant un handicap.* ».

Objectifs de l'unité 1.3 du semestre 1

Caractériser les conceptions philosophiques de l'être humain et les courants de pensée correspondants

Comparer les conceptions philosophiques de l'être humain à l'œuvre dans des questions sociales contemporaines

Distinguer les notions de droit, morale, éthique

Identifier les valeurs de la profession d'infirmière, intégrer les éléments des règles professionnelles et expliciter le lien avec la pratique

Expliciter la notion de responsabilité professionnelle

Citer les droits fondamentaux des patients et l'implication de ces droits dans la pratique professionnelle

Les recommandations pédagogiques proposent aux étudiants de s'interroger sur des notions fondamentales comme le droit, la déontologie, la morale ou l'éthique.

Objectifs de l'unité 1.3 du semestre 4

Appliquer les principes éthiques dans des situations de soins posant un dilemme

Utiliser un raisonnement et une démarche de questionnement éthique dans le contexte professionnel

Evaluer les conséquences de la notion de responsabilité professionnelle

Le contexte socio-économique du soin est abordé dans le programme infirmier par les unités de sciences humaines. La pratique du soin auprès de la personne âgée est contextualisée et appuyée sur des notions de droit et d'économie. Les disciplines comme la sociologie, la psychologie et l'anthropologie abordent des concepts permettant aux étudiants de créer « *des liens entre la demande de relation et de communication des personnes et les contextes psychologiques et sociaux* ». Le dispositif de formation est donc, sur ce point, en phase avec le contexte actuel de la pratique du soin. Il permet aux étudiants de se situer au regard des contraintes et des attentes en santé de la population globale et des personnes âgées en particulier. La communication prend une place centrale dans les enseignements de ces unités. Les théories de la communication sont abordées dans leurs principes théoriques et mises en perspective au regard des problématiques de santé.

6.2. Les unités contributives à la formation soignante

Le deuxième groupe d'unités d'enseignement concerne les sciences biologiques et médicales. Il comprend en particulier :

- les défaillances organiques et les processus dégénératifs
- la pharmacologie et les thérapeutiques.

L'une des évolutions majeures du programme d'enseignement infirmier est l'approche des problèmes de santé par le biais de *processus*. C'est un changement de paradigme important. En effet, les programmes de formation précédents étaient fondés sur la conception médicale du soin et par conséquent sur une classification des enseignements à partir de modules liés aux pathologies. La formation regroupait les contenus des spécialités médicales comme la cardiologie, la pneumologie, la traumatologie, la gériatrie... Des modules transversaux étaient dédiés aux soins infirmiers qui s'adaptaient, pour chaque année d'étude, à la spécialité médicale correspondante. L'appellation de ces modules prenait en compte le type de pathologie à partir d'une terminologie qui évoquait la personne soignée : « soins infirmiers auprès de personnes âgées ». Ce n'est plus le cas dans le programme actuel et les soins spécialisés à la personne âgée ne sont plus regroupés dans une matière en tant que telle.

Il convient de noter le décalage entre la proposition du programme de formation et l'organisation hospitalière qui conserve un classement pathologiste. Aujourd'hui encore, les hospitalisations se font dans des services qui décrivent leur activité à partir de la spécialité médicale. Les services de chirurgie orthopédique, de psychiatrie, de néphrologie ou autre neurologie demeurent. Il serait caricatural de prétendre que ce classement entraîne une prise en charge des pathologies et non des patients, sans une considération holistique de

l'Homme⁴¹⁹, du demandeur de soin, du client. En effet, des liens sont organisés entre les spécialités pour que les thérapeutes puissent intervenir de manière transversale. La médecine doit faire face à la nécessaire spécialisation des praticiens et à leur formation de plus en plus performante dans des domaines d'activité très précis. Les progrès scientifiques et techniques sont tels que la prise en charge est plus efficace et efficiente lorsque les équipes rencontrent régulièrement les mêmes pathologies.

- Les défaillances organiques et les processus dégénératifs

Dans l'unité 2.7. du semestre 4 sont abordés les défaillances organiques et les processus dégénératifs.

Objectifs de l'unité 2.7 du semestre 4

Expliquer le mécanisme physiopathologique de la dégénérescence d'un organe ou de la défaillance d'un appareil

Décrire les signes, les risques, les complications et les thérapeutiques des pathologies étudiées

Développer une vision intégrée des soins à donner aux personnes âgées

Ce semestre fait la transition vers une troisième année plus tournée vers la professionnalisation des étudiants. Il permet de « *développer une vision intégrée des soins à donner aux personnes âgées.* ». L'approche par les processus permet cette vision plus globale et adaptée plutôt qu'une simple prise en compte des problématiques liées au vieillissement. Les

⁴¹⁹ Cette vision holistique est l'un des paradigmes essentiels du modèle conceptuel de soin de Virginia Henderson. Partie I, sous-chapitre 1.1.4. : « Les théories ou modèles de soins ».

pathologies les plus fréquentes sont abordées comme les maladies de type Alzheimer, le diabète, les déficits visuels ou auditifs mais également, comme le mentionnent les recommandations pédagogiques, les processus sont « *expliqués dans leurs mécanismes, leurs impacts, leurs complications, leurs interférences.* »

- La pharmacologie et les thérapeutiques

Il existe une spécificité de la thérapeutique médicamenteuse chez la personne âgée.

C'est dans l'unité 2.11 du semestre 3 que l'on retrouve des éléments de contenu concernant « *la dispensation des médicaments chez les personnes âgées* ».

Objectifs de l'unité 2.11 du semestre 3

Citer les mécanismes d'action, d'absorption et d'élimination des médicaments

Identifier les notions de dosage, de dilution, de préparation

Expliciter les risques et dangers dans l'administration médicamenteuse

Cette unité d'enseignement inclut la compréhension et l'usage des traitements à partir de situations vécues en stage, ce qui inclut le domaine de prise en charge de la personne âgée. Si cette unité d'enseignement prend en compte la spécificité de la thérapeutique médicamenteuse chez la personne âgée, nous pensons qu'il serait sans doute approprié d'interroger la problématique du traitement d'un point de vue communicationnel. En effet, qu'en est-il de l'acceptation des thérapeutiques chez la personne âgée, de la compliance au traitement, de

la problématique de l'accompagnement de la fin de vie par les traitements antidouleurs... ?

Notre analyse fait apparaître un décalage majeur entre l'organisation de la formation et l'organisation hospitalière. De fait, l'approche par processus proposée par la formation ne répond pas aux exigences des services pour les étudiants en stage. Cette problématique est d'autant plus saillante que la formation infirmière est construite sur une conception de l'alternance, avec un stage par semestre. La répartition de ces stages se fait en fonction des grandes catégories de spécialités médicales, chirurgicale, en santé mentale... Comment est-il alors possible pour un étudiant de mobiliser en stage les savoirs théoriques conceptualisés à l'institut lorsque les paradigmes entre les deux lieux de la formation sont différents ? Quelle posture pédagogique doit adopter un étudiant lorsque les infirmiers encadrants le stage n'utilisent pas les mêmes modèles d'approche du soin ? Il en va de même lors du retour de stage à l'institut de formation : comment l'étudiant peut-il gérer les écarts de significations lorsqu'il s'agit d'analyser des situations de soins comprises et travaillées en pratique avec d'autres méthodes ?

6.3. Les sciences et techniques infirmières : l'adaptation de la communication au soin

Toutes les unités des sciences et techniques infirmières sont susceptibles d'apporter des connaissances sur le soin à la personne âgée. Toutefois, la prise en compte plus spécifique de cette population est formulée dans deux unités d'enseignement : « les soins relationnels » et « les soins palliatifs et de fin de vie ».

- L'unité d'enseignement « soins relationnels »

Le soin relationnel auprès des personnes âgées est évoqué dans l'unité 4.2. du semestre 5 dont l'un des contenus précise : « *L'adaptation des modalités de communication aux personnes et aux populations : enfants, personnes âgées, contextes* ».

La formation dans ce domaine est conçue dans une progression en paliers d'apprentissage et étudiés au cours des semestres 2, 3 et 5 :

Objectifs de l'unité 4.2 du semestre 2

Identifier les éléments permettant de communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins

Le premier palier aborde les éléments constitutifs d'une relation dans un contexte de soin, à partir desquels des concepts sont identifiés et servent de base à un travail réflexif « *sur la posture professionnelle dans la relation soignant-soigné* ». La communication est au cœur des contenus enseignés, en particulier dans sa dimension culturelle. Comme l'évoque Edouard T. Hall, habiter des cultures différentes c'est habiter des mondes sensoriels différents. Cette unité explore ce domaine de la sensorialité et construit les contenus de la formation à partir des notions de toucher, de communication non verbale, de langue, un véritable socle qui permettra aux étudiants d'analyser la relation avec des éclairages théoriques solides. Cependant, l'orientation pédagogique des instituts ne prend pas appui sur des mises en situations pratiques de ces notions, ce qui pourrait permettre d'évaluer les écarts de représentation entre ce qui est attendu et ce qui est réalisé. D'autres formations paramédicales, comme celle de kinésithérapeute, ont choisi une orientation qui met les étudiants en situation en leur permettant d'expérimenter dans la formation le rapport au

corps de l'Autre et à son propre corps, touchant et touché, à partir d'activités réalisées entre pairs. Comme nous l'avons déjà évoqué, la formation infirmière a petit à petit retiré les séquences pédagogiques qui proposaient ce type d'activité de formation. Notre analyse met en lumière cette problématique de la formation infirmière qui aborde, en institut, le toucher du corps d'un point de vue uniquement théorique.

Objectifs de l'unité 4.2 du semestre 3

Argumenter les fondements de la relation de confiance et de l'alliance thérapeutique avec une personne

Conduire un entretien infirmier

Le deuxième palier de soins relationnels s'appuie sur des concepts liés à l'espace relationnel pour répondre au souhait d'une compétence « d'intervention ».

A l'issue de l'unité d'enseignement, l'étudiant doit être en mesure de mener un entretien infirmier. Si réaliser un pansement complexe demande des connaissances techniques, conduire un entretien infirmier fait également appel à des compétences méthodologiques importantes. Nous n'aborderons pas dans ce travail le détail des différentes techniques d'entretien mais il s'agit de relever encore une fois qu'une vision simpliste du soin technique *versus* soin relationnel appauvrit le soin de l'interaction dont il pourrait bénéficier.

La notion de *conduire* un entretien infirmier nous questionne sur un plan communicationnel et en particulier en ce qui concerne la relation induite

pour ce type *d'entretien*. Nous pensons qu'il s'agit dans cette formulation d'indiquer une méthode relative à un recueil d'information clinique plutôt qu'à un entretien dans le sens littéral du terme c'est-à-dire un échange entre deux personnes.

Objectifs de l'unité 4.2 du semestre 5

Adapter ses modes de relation et de communication aux personnes, aux situations et aux contextes

Le troisième palier de soins relationnels est une synthèse des deux précédents. Au semestre 5, les étudiants ont « *réalisé en stage et validé sur le portfolio les soins relationnels* » et deux unités d'enseignement ont apporté des connaissances et des savoirs propres à la relation.

A ce niveau de la formation, l'étudiant est invité à prolonger sa réflexion pour contribuer « *à la construction d'une position professionnelle mesurée et stable* ».

C'est un objectif ambitieux tant la posture soignante est dépendante d'un agrégat de connaissances, de savoirs, de comportements et d'identités.

Notre analyse soulève une question centrale quant à la formation infirmière. Qu'en est-il d'une réelle formation à l'approche du corps en institut ? Actuellement, de nombreux infirmiers diplômés d'état s'inscrivent dans des formations alternatives, sur le massage, le toucher thérapeutique... ou d'autres approches au sein desquelles le corps prend toute sa place. Ces soignants sont très souvent en activité dans des services d'accueil pour personnes âgées, dans des unités de soins palliatifs, dans des lieux de vie... Ces formations répondent-elles à un manque de la formation initiale ? L'expérience professionnelle est-elle nécessaire au questionnement des problématiques du corps ?

- L'unité d'enseignement « soins palliatifs et de fin de vie »

Cette unité ne fait pas directement référence à la personne âgée. Cependant, l'appellation de cette unité 4.7 du semestre 5, est suffisamment explicite pour qu'elle soit prise en compte dans ce travail d'analyse.

Objectifs de l'unité 4.7 du semestre 5

Identifier les besoins spécifiques d'une personne et de son entourage en situation de fin de vie, de deuil, de déni, de refus

Conduire une démarche de communication adaptée à ces situations

Développer des connaissances et des habiletés visant à la réalisation de soins de confort et de soins palliatifs en situation de fin de vie

On aborde ici la situation de la personne soignée en fin de vie pour guider l'étudiant à acquérir « *des manières d'aborder et de vivre professionnellement les questions de fin de vie de la personne soignée.* ». Si le cadre de cette unité traite préférentiellement la personne âgée, l'hôpital prend en charge des patients en fin de vie de tout âge. L'élément de contenu de la formation concernant les soins palliatifs précise « *les soins palliatifs, confort, relation, communication* ». Il y a, dans cet assemblage de concepts, un lien fort établi entre l'accompagnement au cours du soin palliatif et la dimension communicationnelle. A l'instar de Philippe Svandra qui affirme que « *le soin ne peut être que bien-traitant* ».

(sinon il perd immédiatement sa raison d'être »⁴²⁰, il est possible de considérer que le soin palliatif ne peut être que communicant, sans quoi il perdrait immédiatement sa raison d'exister.

6.4. Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière

La formation infirmière comprend six unités d'intégration. La plupart d'entre-elles sont mises en lien avec une compétence du référentiel. C'est le cas par exemple de l'unité d'intégration du semestre 1 intitulée « accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens » reprenant la formulation de la compétence 3.

Les unités 5.7 du semestre 5 et du semestre 6 sont dites « optionnelles » en ce qu'elles permettent à l'étudiant « *d'approfondir un domaine d'exercice de la fonction infirmière* ». A ce titre, les recommandations pédagogiques proposent des axes de travail et donnent « *quelques exemples : le secteur libéral, la recherche en soins, la prise en charge des personnes âgées, des personnes atteintes de cancer...* »

Comme nous l'avons vu, la question de la personne âgée interroge le dispositif de formation infirmier. Cette catégorie de patients nécessite une prise en charge globale qui ne se limite pas à un organe ou à une fonction du corps. Nous avons pu remarquer que de nombreuses unités d'enseignement proposent d'adapter une partie de leur contenu à la prise en soin des personnes âgées. La complexité

⁴²⁰ SVANDRA, Philippe. Le soin est-il soluble dans la bientraitance? *Gérontologie et société*, février 2010, n°133, pp. 23-31.

d'une prise en charge multi-pathologies associée à une orientation humaniste des soins offre à l'approche soignante une opportunité d'intégration de nombreux savoirs. Nous pensons qu'à ce titre le concept de *soin-communicant* peut permettre cette conception globale de la relation de soin, alliant à la fois la réponse aux besoins spécifiques de la personne âgée et la prise en compte de l'implication soignante dans l'interaction de soin.

L'un des objectifs principaux des IFSI est l'adaptation de la formation à l'emploi. En effet, la baisse prévue des effectifs infirmiers sur le territoire, combinée à l'augmentation du nombre de personnes âgées va entraîner une nécessaire redéfinition des missions de l'infirmier. Nous avons décelé toute l'importance d'une approche communicationnelle du soin qui, loin de s'opposer aux autres orientations de soin, permet d'agir pleinement dans une collaboration effective. Comme nous l'avons indiqué, la problématique du corps est peu abordée en formation, excepté d'un point de vue théorique et conceptuel. Les infirmiers en situation d'exercice ressentent le besoin d'appréhender la personne soignée, et la personne âgée en particulier, dans cette vision holistique prônée par les théories de soin et dont l'apprentissage est prévu dans les référentiels. Il existe un réel écart entre ce qui est enseigné et ce qui peut être mis en œuvre dans une pratique quotidienne. Cependant, la convergence existe au niveau du constat de la nécessité d'inventer, dans les services hospitaliers, de nouvelles pratiques plus humaines, plus singulières, mais également plus adaptées aux nouvelles contraintes de temps et aux baisses d'effectifs et de moyens.

Les étudiants sont témoins de ces écarts. Comme nous l'avons démontré, les méthodes d'analyse et les approches globales de la santé diffèrent entre centre de formation et lieu d'activité. C'est toute la difficulté rencontrée par les formateurs qui, lors de l'accompagnement des étudiants, observent cette absence d'une réelle alternance entre services et institut, rupture susceptible de mettre en difficulté les étudiants dans l'évolution de leurs représentations.

Partie III

**Former au soin : modèles et perspectives
communicationnels autour du concept de
*soin-communicant***

1. Vers un modèle communicationnel de la pratique soignante

Au cours de nos diverses analyses, nous avons eu comme ligne directrice d'appréhender les éléments de notre corpus avec un prisme de plus en plus resserré sur la pratique du soin. Nous avons ainsi catégorisé les récits de situation en fonction du type de médiation utilisé puis, pour chacun d'eux, nous avons mené une analyse en termes de représentations (concepts, modes opératoires ou évocations mentales). Les éléments ont ensuite fait l'objet d'une recension des notions qui les composaient pour enfin analyser le contenu des récits concernant la notion en question. Cette dernière partie de notre recherche fera en quelque sorte le chemin réciproque, pour tenter de rassembler par des généralisations théoriques l'ensemble des éléments analysés.

Cependant, nous ne tenterons pas de mettre en forme une structure type de soin, au sens de la construction d'un modèle structuraliste, mais plutôt comme le propose Pascal Bressoux, de « *permettre de passer d'une structuration faible, implicite, individuée, à une structuration forte, contrôlée, explicite des objets et, par-là, de gagner l'universel sans pour autant renvoyer le vécu à une simple illusion, ni tendre à ontologiser les structures* »⁴²¹. Il y a là, selon nous, une véritable plus-value en termes de passage de signaux faibles à des signaux forts (Ginzburg, 1989), en ce qui concerne les promesses d'une approche de la professionnalisation au soin par le biais du concept de *soin-communicant*.

C'est d'autant plus important que, dans le cadre du soin, il s'agit de proposer une vision communicationnelle de la relation plutôt que de construire une nouvelle norme, unique et exclusive, quasiment finie, pour lire l'activité. Il nous semble

⁴²¹ BRESSOUX, Pascal. Formalisation et modélisation dans les sciences sociales : une étude de la construction du jugement des enseignants. *Revue française de pédagogie*, juillet-août-septembre 2004, n°148, p. 64.

que la relation de soin peut être appréhendée de façon plus explicite, plus compréhensible et donc plus facilement transmissible en formation.

Nous nous appuyerons sur les trois principales caractéristiques d'un modèle scientifique⁴²² :

- La première est la forme schématique que le modèle adopte. Il « *est une simplification de la réalité. La difficulté d'une appréhension directe des phénomènes impose de passer par une " épure ", un objet plus simple, plus facile à étudier* ». En ce qui concerne le soin, cette caractéristique oblige à la généralisation tout en rendant compte de la complexité du processus de soin. Nous prendrons donc appui sur deux concepts principaux, le *corps-monde* et le *soin-communicant*, en gardant à l'esprit que chaque relation de soin est unique et en même temps, pour paraphraser Goffman, qu'elle contient en elle-même la société toute entière.
- La deuxième caractéristique définit le modèle comme une entité à part entière, ce qui permet de l'utiliser en tant que tel et d'expérimenter le sens qui lui est propre. Il devient lui-même un instrument de la connaissance, dynamique, critiquable et évolutif. C'est ce que proposait Gaston Bachelard dans sa définition : « *Le modèle est un intermédiaire à qui nous déléguons la fonction de connaissance, plus précisément de réduction de l'encore énigmatique, en présence d'un champ d'étude dont l'accès, pour des raisons diverses, nous est difficile.* »⁴²³. Là encore, le soin répond parfaitement à cette définition comme champ d'étude dont l'accès est difficile. Les raisons sont nombreuses et notre première partie a su

⁴²² Nous prenons appui sur les traits distinctifs d'un modèle scientifique proposé par Pascal Bressoux.
BRESSOUX, Pascal. *Op. cit.*, p. 64.

⁴²³ BACHELARD, Gaston. *Quelques aspects historiques des notions de modèle et de justification des modèles.* In : DELATTRE, Pierre, THELLIER, Michel. *Elaboration et justification des modèles.* Paris : Maloine, 1979, p. 3.

montrer combien la contextualisation du soin dans un monde contemporain en plein changement, rendait difficile la délimitation de l'espace du soin dans son ontologie et son épistémologie.

- La troisième caractéristique concerne la sémantique. Pascal Bressoux nous rappelle qu'il s'agit d'exprimer le modèle le plus clairement possible et qu'il « *s'oppose clairement au récit* »⁴²⁴. Il s'appuie sur la définition d'Edmond Malinvaud suggérant qu'un modèle « *consiste en la représentation formelle d'idées ou de connaissances relatives au phénomène* »⁴²⁵. Cette remarque est d'autant plus importante que notre analyse porte sur un recueil contenant de nombreux récits de situation. Il ne s'agit donc pas d'utiliser des exemples pour en faire des généralités mais bien d'effectuer une distanciation nécessaire à la schématisation d'idées générales.

Nous souhaitons insister sur ce dernier point, pour ne pas confondre une généralisation de *sens commun* comme le définit Schütz et une modélisation *scientifique* (Schütz, 2010). Pour ce faire, nous avons gardé 100 entretiens sur les 200 réalisés afin d'« *évacuer les "pensées de sens commun"* » et de permettre « *la constitution d'un modèle à l'échelle sociale où seuls les types et les situations désirés seront présents et ce, afin de pouvoir saisir la "structure de signification subjective des individus"* »⁴²⁶. Alfred Schütz différencie « *les connaissances vagues* » et « *les connaissances certaines* »⁴²⁷. Les premières reposent sur des allant-de-soi répondant à un questionnement sur le *quoi*, tandis que les « *connaissances certaines* » interrogent le *comment*. La modélisation que nous proposons prend appui sur ces *connaissances certaines*, socialement

⁴²⁴ BRESSOUX, Pascal. *Op. cit.*, p. 64.

⁴²⁵ MALINVAUD, Edmond. *Méthodes statistiques de l'économétrie*. Paris : Dunod, 1978, p. 75.

⁴²⁶ HUARD, Guy. Alfred Schütz : le chercheur et le quotidien. *Aspects sociologiques*, novembre 1996, vol. 5, n°1, p. 33.

⁴²⁷ SCHÜTZ, Alfred. *Essais sur le monde ordinaire*. Paris : Le Félin, 2010. p. 120.

construites par les individus, tant dans leur parcours personnel de vie que dans leur appartenance à une même culture professionnelle. C'est tout l'enjeu de l'inscription du soin dans un espace de médiation de la professionnalité, à la fois de nature professionnelle et identitaire⁴²⁸.

⁴²⁸ Cf. : « Approche communicationnelle du soin et perspectives pour la professionnalisation des étudiants infirmiers », partie III, chapitre 4.

2. Le *soin-communicant* : vers un concept intégrateur

En quoi peut-on concevoir le concept de *soin-communicant* comme un modèle à part entière, permettant en lui-même une compréhension différente du soin, de sa pratique et des logiques portées par ses acteurs ? Cette modélisation est rendue possible dans la mesure où penser le soin en termes d'interface et de médiation ne vient pas contredire les modèles précédents mais plutôt ouvrir un espace de compréhension différent. La dimension communicationnelle du soin permet de le concevoir non pas comme une structure rigide, mais comme un processus, c'est-à-dire qu'il est à la fois structuré dès sa conception et en même temps modelé par l'activité elle-même. L'espace qu'il occupe vient alors en enchevêtrement des espaces de signification du soignant et du soigné. Chaque intervenant dans cette relation bénéficie d'une médiation, notamment celle du corps, dont la définition que nous retiendrons sera qu'elle est « *un moyen pour l'individu de prendre conscience de ses opinions, de ses représentations, de ses croyances* »⁴²⁹.

2.1. Le *corps-monde* : corps physique et corps social

Vérification de l'hypothèse n°1 :

H 1 : Le concept de *corps-monde* permet de définir la place du corps pour les acteurs du soin, dans une dimension élargie où le *corps-monde* représente à la fois une source, un lieu et un objet de la communication.

Le *corps-monde* est **une source de la communication** car sa manifestation ou son évocation sont effectives dans tous les types d'analyses effectuées. La présence du corps, réelle ou symbolique, lui donne un statut de source de la communication en tant qu'élément à l'initiative du mode de la médiation. En

⁴²⁹ MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Penser le corps affectif comme média*, mémoire d'Habilitation à Diriger des Recherches, Université de Bourgogne : 2006, Tome 1, p. 94.

absence de corps, il ne peut y avoir de soin ; sans corps, il ne peut y avoir de vie. Cette affirmation semble une évidence, il s'agit pourtant d'un point fondamental de notre travail de recherche. L'analyse montre que quel que soit le référentiel adopté par le soignant, quel que soit le type d'intervention ou la logique qui le préside, il n'y a pas de soin sans *corps-monde*. Qu'il s'agisse de soin physique ou psychique, de soin relationnel ou technique, de soin attaché à un organe ou à un processus, de soin biologique ou psychiatrique, ou de tout autre champ référentiel, le *corps-monde* est toujours présent. Il est le produit d'une norme (partie II chapitre 3) et à ce titre permet la communication dans un ensemble construit et reconnu socialement.

Le *corps-monde* est **un lieu de la communication**, car il procède de la même intention que le contexte dans lequel il existe. La communication envahit l'espace du *corps-monde* car elle est par nature consubstantielle à la culture de l'individu. L'impact de la communication sur ce *lieu-corps* n'est pas homogène, il dépend de la nature même de la communication et de ce qu'elle exprime des valeurs de l'individu (partie II chapitre 5.2). L'analyse des récits de situation par l'approche axiologique fait apparaître ce lien très étroit entre les valeurs de l'individu et sa capacité à *être en communication* ; dans le cadre de la référence au *corps-monde*, nous pourrions aller jusqu'à dire à *être communication* dans une vision d'une *impossibilité à ne pas communiquer* (Watzlawick, 1967). Le *corps-monde* est donc l'un des lieux de la communication mais l'analyse a fait apparaître qu'il n'est pas le seul, que d'autres processus sont en jeu. En effet, l'une des pistes de réflexion est le rapport projectif que le *corps-monde* entretient avec le contexte qui le contient, ce qui questionne par exemple le rapport du corps aux nouveaux médias et la nature de ce qu'il projette, de manière indicielle ou symbolique. Par ailleurs, l'irruption des nouvelles technologies dans le monde de la santé ne peut qu'interroger la relation de soin dans la mesure où elles donnent au corps une nouvelle substance, de nouveaux espaces médiatisés, un nouveau rapport au contexte.

Le *corps-monde* est un **objet de la communication** car il est, entre autres, support des modes opératoires des acteurs, des évocations qu'il induit et de l'éclairage des notions et des concepts qu'il suscite (Partie II chapitre 5.3). L'analyse permet de démontrer que le *corps-monde* est à la fois représenté et représentation et qu'il donne aux acteurs une justification de la nécessité d'une communication. Par nature, le *corps-monde* est l'objectif du soignant par une participation effective et réelle au soin. En tant qu'objet de communication, le *corps-monde* est terreau de la médiation, il ouvre des espaces de sens pour la compréhension du monde qu'il crée et qui le crée.

Vérification de l'hypothèse n°1

H 1 : Le concept de *corps-monde* permet de définir la place du corps pour les acteurs du soin, dans une dimension élargie où le *corps-monde* est à la fois source, lieu et objet de la communication.

Hypothèse vérifiée

L'ensemble des analyses réalisées permet de confirmer l'hypothèse selon laquelle il existe un *lieu-corps* au sein duquel le sujet interagit avec son contexte. De ce point de vue, le corps est un objet du rapport social de l'Homme à son environnement. Dans le même temps, il est le lieu du sens que Daniel Bournoux qualifie de *complexe* : « *il est clair que le sens commence avec la sensation, soit au niveau de ce qui touche indiciellement le corps. Avant de relever du jugement de la re-présentation, le sens est d'abord sensible, organique, il s'enracine dans le pacte inextricable du moi et du monde, du dedans et du dehors, de*

l'observateur et de l'observé »⁴³⁰. Pour le soin, ce lien entre observateur et observé peut sembler une évidence lorsque le soignant observe le corps du soigné et l'ausculte à la recherche d'indices cliniques utiles à son activité. Mais l'observateur est aussi le malade, qui voit le corps du soignant et qui cherche le sens de ce que le professionnel *est et fait*.

Le soignant et le soigné possèdent donc chacun leur propre *corps-monde* (nous verrons dans un second temps comment il est possible de concevoir l'espace de la maladie). Le *corps-monde* est ainsi un espace corporéisé dans les limites d'un corps physique que nous nommerons *corps-chair* et, en même temps, corps contenu dans un espace culturel et social que nous appellerons *corps-sensible*. Le corps-chair ne peut être nié car il procède d'une réalité non symbolique. Le corps-sensible, lui, est inscrit dans les perspectives culturelles du sujet appartenant à un groupe social qui l'accueille et l'organise.

Le soin est un ensemble de gestes, de mouvements, de contacts qui s'ordonnent en impliquant le corps du soignant et celui du soigné. Pour Christophe Genin, le *corps-monde* serait l'approche singulière des ressentis sensoriels du corps « *au contact du monde. [...] le corps-monde n'est ni que corps, ni que monde* »⁴³¹, un corps de chair interfacé avec son environnement par le corps. Cette vision chorégraphique du rapport du corps au monde corrobore l'idée, proposée par Fabienne Martin-Juchât, que « *l'émotion est une mise en mouvement de la chair, la parole est une expression corporelle* »⁴³².

⁴³⁰ BOUGNOUX, Daniel. *La communication par la bande. Introduction aux sciences de l'information et de la communication*. Paris : La Découverte, 1998, p. 238.

⁴³¹ GENIN, Christophe, LEROUX, Claire, LONTRADE, Agnès. *Juger l'art ?* Paris : Publication de la Sorbonne, 2009, p. 106.

⁴³² MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Quelle place aux émotions et aux mouvements dans la transmission du savoir ?* Conférence-performance en collaboration avec Etienne QUINTENS (danseur). Lyon : Colloque Marcel Jousse, 2010 [en ligne]. <[http://www.academia.edu/3535817/Quelle_place_aux_emotions_et_aux_mouvements_dans_la_transmission_du_savoir](http://www.academia.edu/3535817/Quelle_place_aux_emotions_et_aux_mouvements_dans_la_transmission_du_savoir_Texte_sur_la_performance_lors_du_colloque_Marcel_Jousse) Texte sur la performance lors du colloque Marcel Jousse> (consulté le 8/2/2014).

Ce *corps-monde* ainsi défini est une notion qui permet de clôturer le champ de ce qui appartient au sujet en tant qu'individu et de ce qui relève du contexte en tant que substrat social et identitaire. A ce titre, si la relation de soin n'existe qu'au travers de la présence d'un corps réel, son statut est également celui d'un corps média comme le propose Fabienne Martin-Juchat : « *Définir le corps/média comme un lieu d'interactions, de rencontres entre différents systèmes, implique aussi l'idée que l'interaction interpersonnelle est toujours médiatisée par des corps qui sont porteurs de discours collectifs, véritables intermédiaires, artefacts semi-technologiques entre individus, comme entre individus et collectifs.* »⁴³³. Le *corps-monde* est ainsi, notamment dans le soin, un espace médiatisé, un dispositif propre à la rencontre des corps-chair et des corps-sensibles, rencontre propre à la relation interpersonnelle.

La figure ci-après tente une formalisation schématique du *corps-monde* en termes d'organisation et de rapport au monde social qui le contient. Les flèches représentent les contacts d'une intériorité avec un contexte, dans une relation médiatisée par l'individu et/ou par l'environnement social dans lequel il agit.

Bien entendu, l'exercice de la schématisation oblige à une simplification et la représentation graphique ne signifie pas que l'organisation interne du *corps-monde* soit uniforme et strictement ordonnée. Il en est de même pour les différents éléments qui composent le *corps-monde*, ils sont différents de par leur nature, en particulier du fait qu'ils sont à la fois réels et symboliques. Comme le décrit Gilles Boëtsch : « *le corps et son enveloppe charnelle constituent une entité biologique sans cesse construite par le social. Le corps est au centre d'un système de signes et de symboles, entre langue et culture ou entre signifiant et signifié pour reprendre l'expression de Barthes.* »⁴³⁴

⁴³³ MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Penser le corps affectif comme média*. Mémoire d'Habilitation à Diriger des Recherches, Université de Bourgogne : 2006, Tome 1, p. 149.

⁴³⁴ BOETSCH, Gilles. Regards anthropologiques sur la peau. *Les cahiers de l'observatoire*, juin 2006, p. 24.

L'hypothèse émise en réponse à notre problématique représentait un *corps-monde* délimité au regard de son extériorité. Il s'avère que cette délimitation ne peut être considérée comme une rupture au sens littéral du terme, mais plutôt comme un espace de transitions et de passages. Il convient donc de la représenter comme un espace progressif, que nous figurerons schématiquement par une surface grisée, le corps ne s'arrêtant pas à une limite stricte et parfaitement distinguée :

« Ne fait sens pour chacun que ce qui prolonge bien son corps, et on ne sait pas où s'arrête un corps. Chaque organisme se faufile dans une couche sémantique différente, là où le réel l'appelle et brille pour lui d'un filon aurifère. La divisibilité de ces couches ou de ces milieux semble indéfinie. Il est toujours déconcertant de découvrir à quel point nous habitons des mondes différents dès qu'on creuse un peu au-delà du sens commun, il devient hasardeux d'intéresser un autre organisme à notre vision des choses. »⁴³⁵ (Bougnoux, 1998)

Le contour du *corps-monde* est donc un espace médian en perpétuels changements, adaptations, mouvements...

En ce qui concerne la représentation graphique du corps-chair, nous avons fait le choix de l'identifier par la silhouette d'un Homme. Il s'agit de signifier qu'il existe en tant que tel, dans une entité à part entière. Cependant, il convient de noter qu'il est consubstantiel au *corps-monde* et qu'à ce titre il investit l'ensemble des espaces du *corps-monde*, qu'ils soient réels ou symboliques. Faire figurer le corps-chair au centre d'un cercle est une représentation graphique qu'il ne convient pas d'assimiler à une distance proxémique, comme a pu le proposer Hall. Le corps-chair peut tout à la fois être à distance de l'extériorité du *corps-monde* et dans un même temps, à sa périphérie, accessible dans l'espace

⁴³⁵ BOUGNOUX, Daniel. *Op. cit.*, p. 239.

médian du rapport à son contexte. C'est toute l'ambivalence des concepts *d'intimité* et de *pudeur*, souvent associés mais bien différents tant sur le plan réel que symbolique.

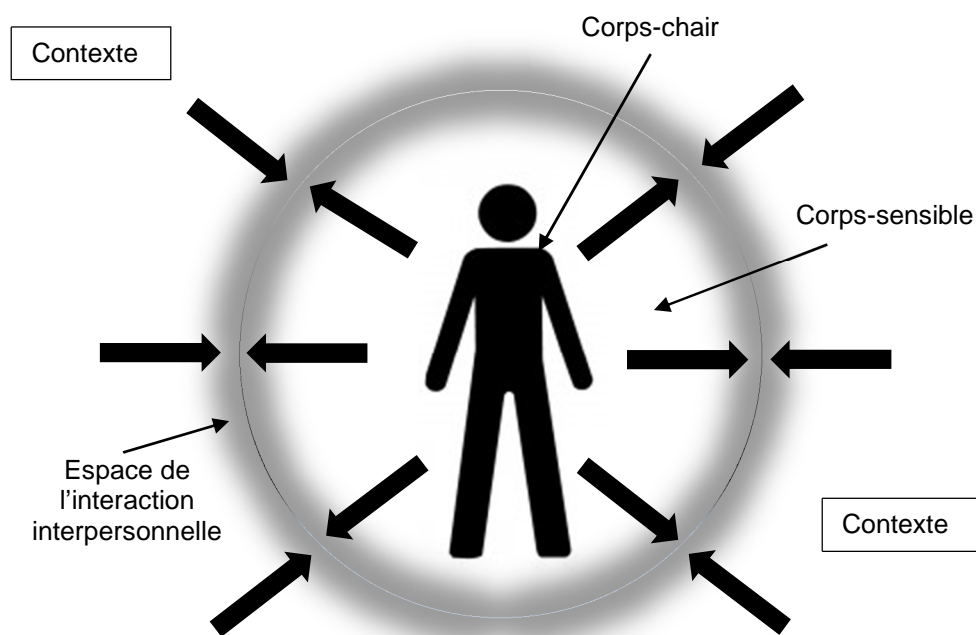


FIGURE 27 : FORMALISATION SCHEMATIQUE DU CORPS-MONDE
ET RAPPORT A SON CONTEXTE

La figure ci-dessus schématise le *corps-monde* en ce qu'il vit de lui-même et par lui-même. Il est tout à la fois auto-référencé dans une dimension de l'individu, du narcissisme, du développement et dans le même temps, il est mis en réseau en dehors de lui-même, dans un système de corps à corps, relation aux autres corps, aux autres *corps-mondes*. Le monde, selon Merleau-Ponty, est *sensible* ; nous pensons que le *corps-monde* l'est tout autant : « *Il y a un monde, ou plutôt, il y a le monde, de cette thèse constante je ne puis jamais rendre raison* »⁴³⁶. Le

⁴³⁶ MERLEAU-PONTY, Maurice. *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard, 2005, p. 17.

corps-monde existe par lui-même en tant que phénomène parce qu'il y a *le monde*.

Le corps-chair relève du même processus. Le *corps-monde* le contient, il y a bien *un* corps, plus général et plus global, différent pour chacun des individus, construit dans sa propre histoire, à partir de ses propres représentations. Le *corps-monde* est tout à la fois espace identitaire, espace culturel et espace de la communication au sens proxémique du terme, « *la communication constitue le fondement de la culture, davantage, celui de la vie même* »⁴³⁷.

Les résultats fournis par cette recherche permettent d'identifier que les contours de ce *corps-monde* renvoient plutôt à une limite qu'à une distance. A ce titre, le *corps-monde* rejoint ce que définissait René Kaes en termes de limite, conçue comme espace de transition de la médiation. Cet espace entre le sujet et son contexte peut s'apparenter à un territoire, celui d'échanges et d'interactions, de médias et de médiations, d'appropriations et de rejets. Cet espace est par définition sensible puisqu'il répond aux injonctions de deux natures, celle d'une intériorité et celle d'une socialité.

L'un des constats apportés par notre analyse est que le soignant et le soigné sont deux acteurs du soin à part entière et ont tous deux un *corps-monde*. Quelle serait alors la différence entre ces deux acteurs ? Si l'on considère que l'identité soignante relève de la culture sociale, alors cet élément d'identité appartient au *corps-monde* comme l'un des éléments qui l'organisent. C'est une tautologie d'affirmer que le soignant *est* soignant et pourtant c'est bien en cela que l'individu organise son rapport au monde et qu'il se définit lui-même soignant. A ce titre, l'analyse du récit de vie de M. Pierre permet d'affirmer qu'être soignant ne relève pas d'une agrégation au *corps-monde* mais plutôt d'un élément élaboré à partir des éléments internes au *corps-monde*, construit à partir de sollicitations de

⁴³⁷ HALL, Edward T. *La dimension cachée*. Paris : Éditions du Seuil, 1971, p. 13.

diverses natures, qu'elles soient familiales, sociales, professionnelles. Ce qui distingue les deux acteurs est alors la maladie.

Schématiser cette relation revient à superposer les deux *corps-monde* propres à l'interaction soignant-soigné, dans un entrelacement des espaces de la médiation. Chacun des acteurs est impacté dans ce qu'il est par l'intrusion du *corps-monde* de l'Autre ; dans le même temps, il est lui-même élément agissant auprès de l'Autre. Il y a là une superposition, une dialogique au sens de Morin, qui crée un espace médiatif propre à la communication. Bien entendu, cette vision schématique ne prend pas en compte d'éventuels déséquilibres dans la constitution propre à chacun en ce qui concerne ses capacités médiatives, relationnelles, communicationnelles, identitaires... Ce qui est permanent, c'est la présence des corps par leur manifestation réelle et symbolique, mais aussi par l'acte du toucher : « *le toucher c'est entre le corporel et l'émotionnel, entre le psychologique et le physiologique. Il est au cœur de la condition des êtres humains, des êtres sensibles et incarnés* »⁴³⁸. Comme le décrit Florence Vinit, le corps est un espace de rencontre dont la nature est plurielle. Le toucher est sur ce point révélateur de ce lieu d'interface qu'est le corps, un lieu de passage des intentions et des ressentis, de l'agi et du subi. Nous utilisons le mot *toucher* dans ce qu'il a de réel et de biologique, un peau-à-peau, un corps-à-corps mais aussi dans ce qu'il a de symbolique d'un toucher de l'Autre dans son identité, sa réalité sociale, son imaginaire... Pour reprendre l'idée de Merleau-Ponty, le *corps-monde* participe dans l'acte de relation à une *corporéité générale*, dans une synchronisation au *corps-monde* des Autres :

« Ainsi, le geste de celui qui se protège du soleil est immédiatement vécu, au niveau de mon corps, comme réponse de ce qui comme moi, est exposé à la lumière. [.../...] Il n'y a donc pas un corps habité par une conscience, et, face à lui, le corps

⁴³⁸ VINIT, Florence. *Le toucher : retrouver le caractère sacré du corps* [en ligne]. <<http://www.repere.tv/?p=1319>> (consulté le 15/12/2013).

*d'autrui, mais une unique corporéité générale, au sein de laquelle des comportements peuvent se faire écho. Mon corps perçoit le corps d'autrui et y trouve comme un prolongement miraculeux de ses propres intentions, une manière familière de traiter le monde ».*⁴³⁹

Mais bien qu'il y ait cette perception du corps d'autrui, par le toucher, l'Autre garde une part d'énigme que le *corps-monde* cherche à symboliser : « *Si je touche l'autre, je ne peux être à sa place et me sentir, de son point de vue, en train de me toucher. Le touché et le touchant échouent à faire correspondre leur expérience.* ». ⁴⁴⁰ Car les modes opératoires sont des représentations et ne signifient en rien la réalité de ce que l'Autre ressent. Elles peuvent s'en approcher, elles peuvent s'imaginer à *la place de*, elles peuvent y laisser une trace, mais face à la réalité du monde vécu, chaque individu reste unique :

*« En appliquant la terminologie “ signe-trace ” aussi bien à la matière qu’au corps humain qu’à tout ce qui est un “ construit ” (construit de matière, construit de représentation, etc.), nous nous situons dans un processus continu de relations entre différents systèmes internes et externes au corps humain. En précisant que parce que tout est, par nature “ signe-trace ” d’une construction et peut donc être déconstruit par l’analyse, nous rejoignons d’une certaine manière la posture de Derrida sur la déconstruction. »*⁴⁴¹

Si le schéma suivant dessine l'espace de la relation, il n'est pas question de redéfinir une nouvelle approche d'un modèle de la Communication, au sens

⁴³⁹ MERLEAU-PONTY, Maurice. *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard, 2005, p. 406.

⁴⁴⁰ VINIT, Florence. *Le toucher qui guérit. Du soin à la communication*. Paris : Belin, 2007.

⁴⁴¹ GALINON-MELENEC, Béatrice. Expérience incarnée, construction cognitive et jugement. *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [en ligne]. 2013, n°3, mis en ligne le 30/07/2013, <<http://rfsic.revues.org/487>> (consulté le 23/06/2014).

générique du terme. Il n'est pas de notre propos de nous mesurer à un modèle qui considérerait la communication dans une approche sociale ou individuelle, mais de figurer comment la relation peut être imaginée à partir de la notion de *corps-monde*.

Nous mesurons le risque, avec Le Moigne et Morin qui ont montré que toute simplification court le risque de la réduction vis-à-vis de la complexité, notamment en tentant de concevoir un schéma représentant une situation relationnelle. Le degré même d'imbrication des deux *corps-monde* aurait comme double variable l'identité et la culture de l'acteur. Il est nécessaire de passer par cette représentation graphique pour envisager notre proposition de l'espace de la maladie.

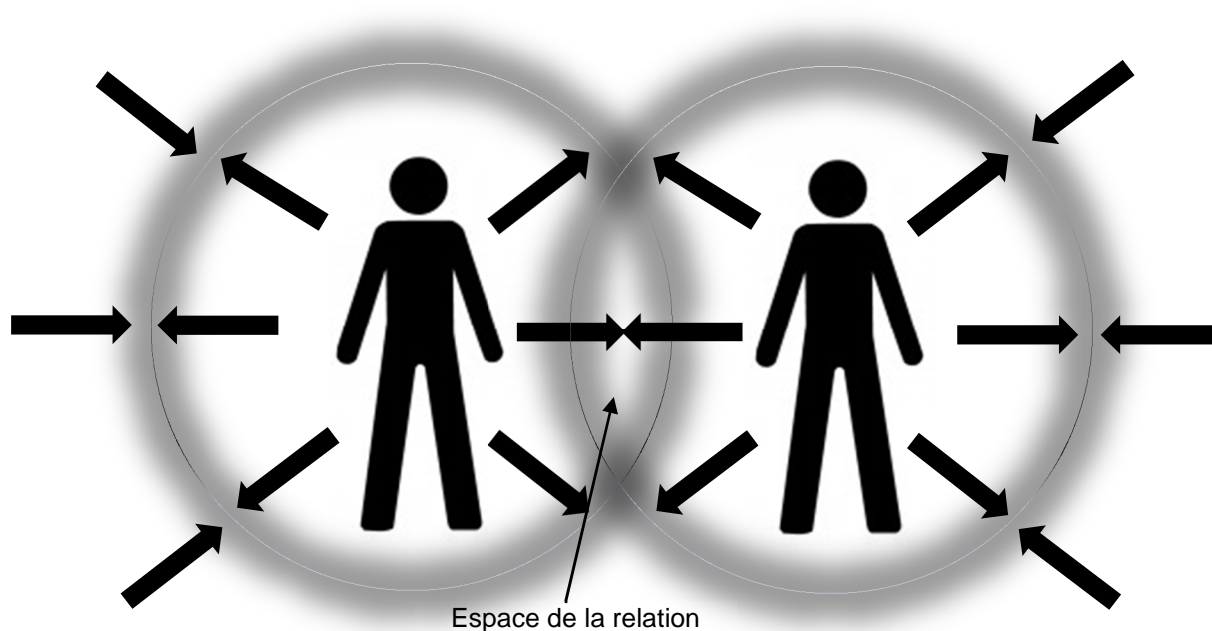


FIGURE 28 : L'IMPLICATION DU *CORPS-MONDE* DANS UNE SITUATION RELATIONNELLE

Qu'en est-il alors de l'espace de la maladie ?

A la suite de nos diverses analyses, nous pouvons confirmer que l'espace de la maladie peut être compris comme un élément agrégé à l'organisation du *corps-monde*. La personne ne se réduit pas à la maladie pour laquelle elle est soignée. On retrouve cette délimitation dans ce que la maladie interpose entre l'Homme

et son environnement, une réalité reconnue en particulier par le personnel médical. Celui-ci considère en effet que la maladie a une entité propre qui nécessite un traitement et des soins. Ainsi, comme nous l'avons relevé dans notre analyse du référentiel de formation infirmier (partie II, chapitre 6), l'organisation des soins en institution s'effectue à partir de spécialités médicales, attachées à un organe ou une fonction. Quelques exceptions cependant concernent les catégories de soins comme la gériatrie pour la prise en charge des personnes âgées.

La maladie est souvent considérée comme extérieure à la personne, représentation qui peut être exprimée par le malade lui-même. On peut entendre des expressions du type « j'ai un cancer » et non pas « je suis un cancéreux », « j'ai une infection » et non pas « je suis infecté ». Cependant, lorsque la maladie devient chronique, le malade se présente différemment. Une personne atteinte du diabète dira « je suis diabétique », un malade ayant une maladie chronique du rein « je suis insuffisant rénal », une maladie de parkinson « je suis parkinsonien ». Cette nuance est d'autant plus intéressante à relever qu'il s'agit sans doute d'un changement fondamental dans le rapport que l'individu entretient avec *la* maladie, avec *sa* maladie. Nous garderons donc pour modèle général l'espace de la maladie dans une dimension agrégée au *corps-monde*, en conservant à l'esprit la modulation à appliquer dans le cadre de la maladie chronique.

Notre analyse nous permet d'affiner l'approche de la maladie en référence au concept du *soin-communicant*. En effet, l'espace de la maladie n'interfère pas nécessairement dans l'interaction interpersonnelle. L'individu peut continuer à partager des relations sans que la maladie ne soit connue par les personnes qu'il rencontre. C'est aussi le cas lors d'une prise en soin institutionnelle où des espaces de rencontre interpersonnelle peuvent se réaliser sans que nécessairement s'interpose le filtre de la maladie.

Cette précision permet de réaliser une représentation graphique figurant l'espace de la maladie avec un décentrage par rapport au *corps-monde*. On peut imaginer que l'accès au *corps-monde* puisse se faire dans tous les axes possibles. Nous représenterons donc l'espace de la maladie dans la figure ci-après :

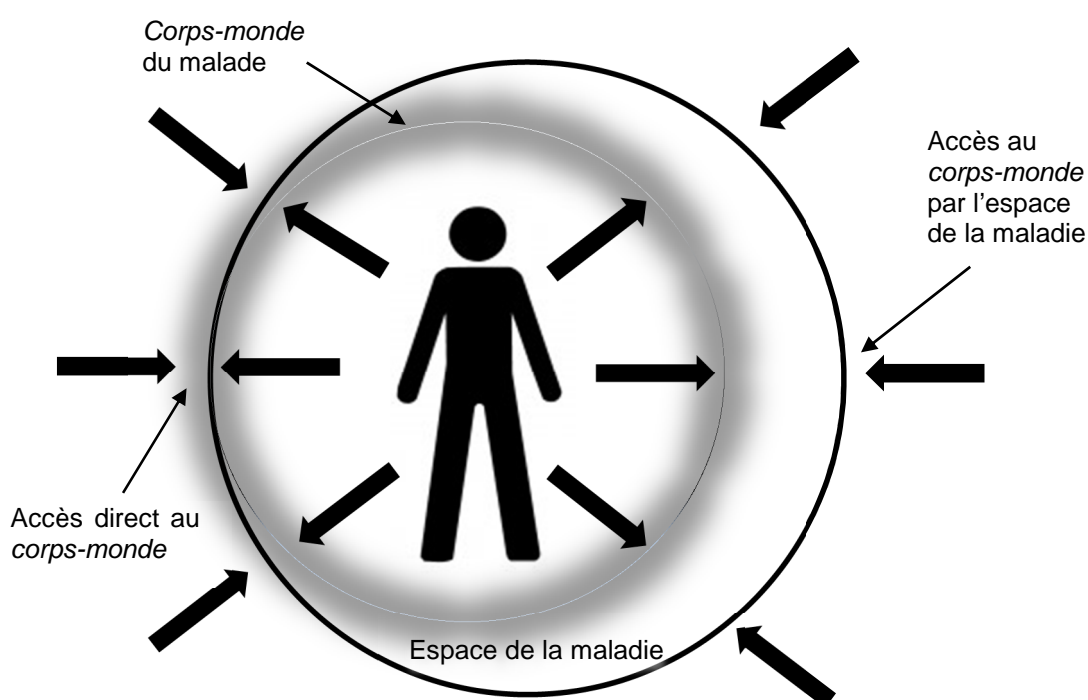


FIGURE 29 : ESPACE DE LA MALADIE EN LIEN AVEC LE CORPS-MONDE DU MALADE

A la suite des analyses réalisées, il apparaît que les soignants ne font pas la confusion entre la maladie et la personne malade. Si la maladie est un objet social, la proposition d'Emmanuel Mounier de ne pas définir l'Homme comme un objet nous semble correspondre à l'expression des représentations des soignants. Il ne peut y avoir de confusion entre l'Homme et la maladie : « *Mille photographies échafaudées ne font pas un homme qui marche, qui pense et qui veut [.../...] En le faisant du dehors et par autorité, en les réduisant tous à n'être que des machines bien montées et bien entretenues, ce monde surindividualisé*

est cependant l'opposé d'un univers personnel. ».⁴⁴² Même si cette affirmation d'Emmanuel Mounier couvre le champ de l'éthique et de la morale, nous proposons de l'élargir à l'épistémologie de la relation de soin, comme l'un des fondements du concept de *soin-communicant*.

2.2. Le *soin-communicant* : relation de soin et co-construction du sens chez le soignant et le soigné

Vérification de l'hypothèse n°2 :

H 2 : Le concept de *soin-communicant* est l'espace investi dans une relation de soin par la maladie, la communication et le soin.

Le paradigme de *soin-communicant* est donc la rencontre entre le *corps-monde* du soigné et le *corps-monde* du soignant. Il se crée alors un espace dans lequel le soin est acté. Le schéma ci-après représente cet espace :

⁴⁴² MOUNIER, Emmanuel. *Œuvres, Volume 3*. Paris : Editions du Seuil, 1962, p. 430.

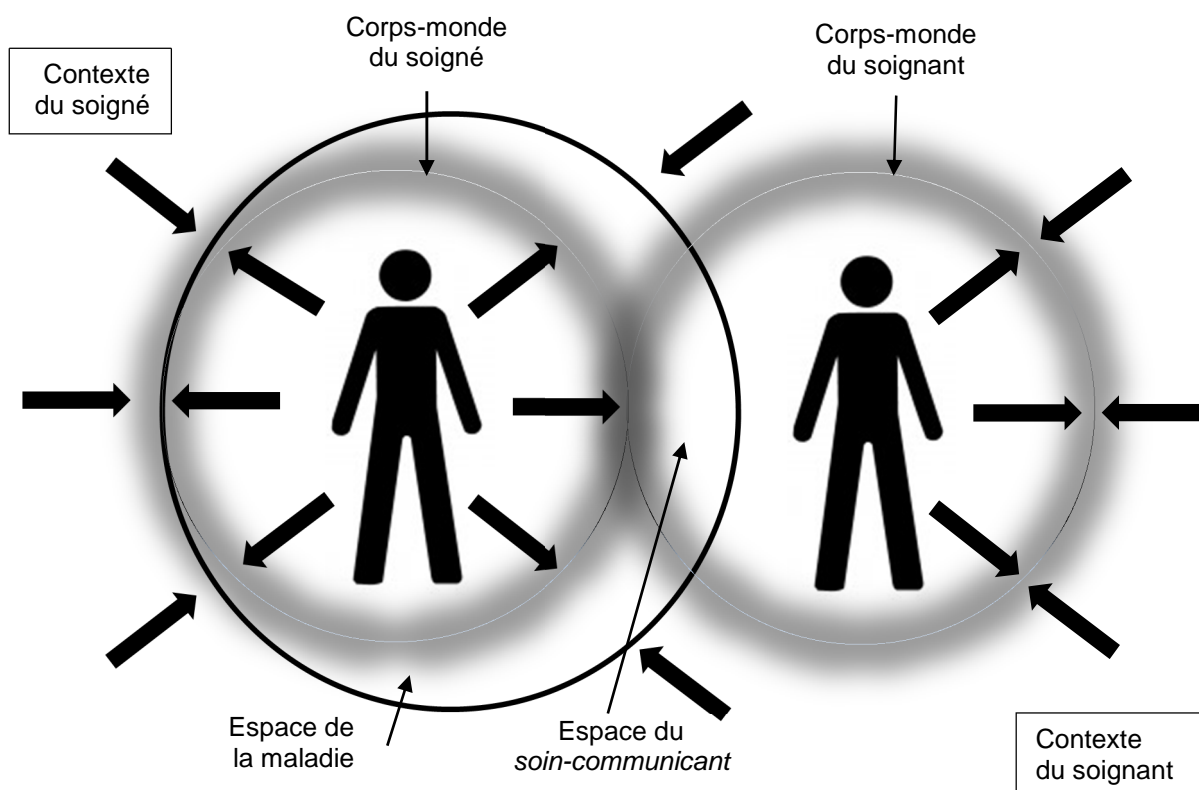


FIGURE 30 : LE SOIN-COMMUNICANT DANS L'ESPACE DE LA RELATION SOIGNANT/SOIGNE

L'intervention soignante s'effectue donc dans l'espace de la maladie. Les analyses réalisées montrent qu'il n'y a pas de nécessité pour le soignant d'aller au-delà de cet espace. Le soin a un objectif, il est inhérent à la maladie et s'applique à le rester. Dans cette schématisation, la relation de soin est circonscrite au soin, ce qui permet de définir la limite thérapeutique à ne pas franchir.

Vérification de l'hypothèse n°2

H 2 : Le concept de *soin-communicant* est l'espace investi dans une relation de soin par la maladie, la communication et le soin.

HYPOTHESE VERIFIEE

2.2.1. Quel est l'espace du soin ?

La problématique de la relation de soin n'est donc pas celle d'une distance sensorielle, mais celle d'une limite réelle et symbolique qui oblige le soignant à la réflexion et à l'analyse de sa pratique. Il n'y a pas de proxémie une et universelle, mais une prise en compte de l'espace qu'occupe la maladie. C'est toute la difficulté de la rencontre avec l'altérité et de l'évaluation de ce que la maladie impacte pour le malade. Comme nous l'avons vu précédemment, la limite du *corps-monde* n'est pas de l'ordre d'une rupture, mais plutôt un espace de transition voire de transaction du sens. La perception de cette limite thérapeutique est donc l'un des points essentiels à percevoir pour adapter le soin à la nécessité du choix thérapeutique. Aller au-delà, dans une pénétration de l'intériorité du *corps-monde*, reviendrait à dépasser la zone du soin et de la compétence du soignant. Nous aurions là, sans doute, une activité plus proche de celle du psychologue que du soignant.

Lorsque l'irruption dans l'intimité du malade n'est pas nécessaire, le soignant perd sa fonction thérapeutique pour adopter une attitude traumatique. A l'inverse, le soignant ne peut se suffire de la limite biologique ou technique du soin. Il s'en suivrait une action limitée et parcellaire. On peut retrouver cette problématique lorsque le soignant pense se protéger en se limitant aux actes qui concernent la maladie biologique ou pour n'effectuer que les actes prescrits. Dans le modèle du *soin-communicant*, l'espace du soin recouvre l'ensemble des interventions nécessaires au traitement de la maladie, de ses conséquences ou des risques, qu'ils soient psychologiques, sociaux ou anthropologiques. Nous entendons par anthropologique toutes les dimensions de l'être humain relié à sa culture et à son identité d'Homme.

2.2.2. Quel mode d'intervention du soignant ?

Le soignant intervient avec son *corps-monde*. L'analyse de notre corpus nous révèle que le soignant agit dans la relation avec son *corps-monde* et tous les

attributs définis précédemment. On peut en effet considérer que la dimension soignante de l'acteur appartient à ce qui le constitue, en particulier dans sa dimension de socialité et d'intériorité, de culture et d'identité. *Etre* soignant ne participe pas de la même logique qu'*avoir* une maladie. Etre soignant est ancré durablement dans une identité personnelle, construite par ce qu'est l'acteur, en tant qu'individu, fruit d'un parcours et d'une histoire de vie qu'il met lui-même en récit⁴⁴³. L'acteur devient soignant parce qu'il se reconnaît lui-même soignant. Mais il l'est également parce que le soigné, lui aussi, le reconnaît soignant. Nous avons vu en quoi les normes et injonctions sociales participent à la création de l'identité soignante⁴⁴⁴. Mais encore faut-il l'accepter et comme le dit Emmanuel Levinas : « *chaque individu est virtuellement un élu, appelé à sortir, à son tour - ou sans attendre son tour - du concept du Moi, de son extension dans le peuple, à répondre de responsabilité : moi, c'est-à-dire, me voici pour les autres, à perdre radicalement sa place - ou son abri dans l'être* »⁴⁴⁵.

Notre analyse montre à quel point les situations de soins entraînent un investissement important des soignants, tant sur le plan d'un engagement professionnel que sur un plan plus personnel. Si l'on considère que ces deux éléments font partie intégrante du *corps-monde*, l'implication du soignant dans une situation ne relève pas d'une attitude à adopter vis-à-vis de telle ou telle situation de soin, mais d'un engagement d'une partie de son *corps-monde* au sein du *soin-communicant*.

⁴⁴³ Nous aborderons plus précisément ce point dans la partie III, sous-chapitre 1.2.1. « Avoir ou être : quelle posture soignante pour le soin communicant ».

⁴⁴⁴ Cf. « le façonnement de la norme par l'image médiatique », Partie II, Chapitre 3.

⁴⁴⁵ LEVINAS, Emmanuel. *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Londres : Kluwer Academic Publishers, 1991, p. 233.

Toutefois, deux autres modes d'intervention sont possibles pour le soignant :

- Le premier est celui d'une intervention de soin qui met le *corps-monde* du soignant à distance. Il ne pénètre pas dans l'espace de la maladie et se tient dans une zone que nous appellerons « zone de contact social ». Le soignant exerce son activité mais la relation qu'il entretient avec le malade demeure limitée à une activité sans élaboration d'une démarche soignante, relation similaire à celle d'un contact social. L'activité en tant que telle existe et peut prendre toutes les configurations possibles du soin : un soin avec un contact physique, une activité technique de soin... Dans tous les cas, le soignant participe à la relation en adoptant une distance fonctionnelle qui n'engage pas sa réflexivité, son système de valeurs, son implication personnelle au soin.

Nous représenterons cette configuration par le schéma suivant :

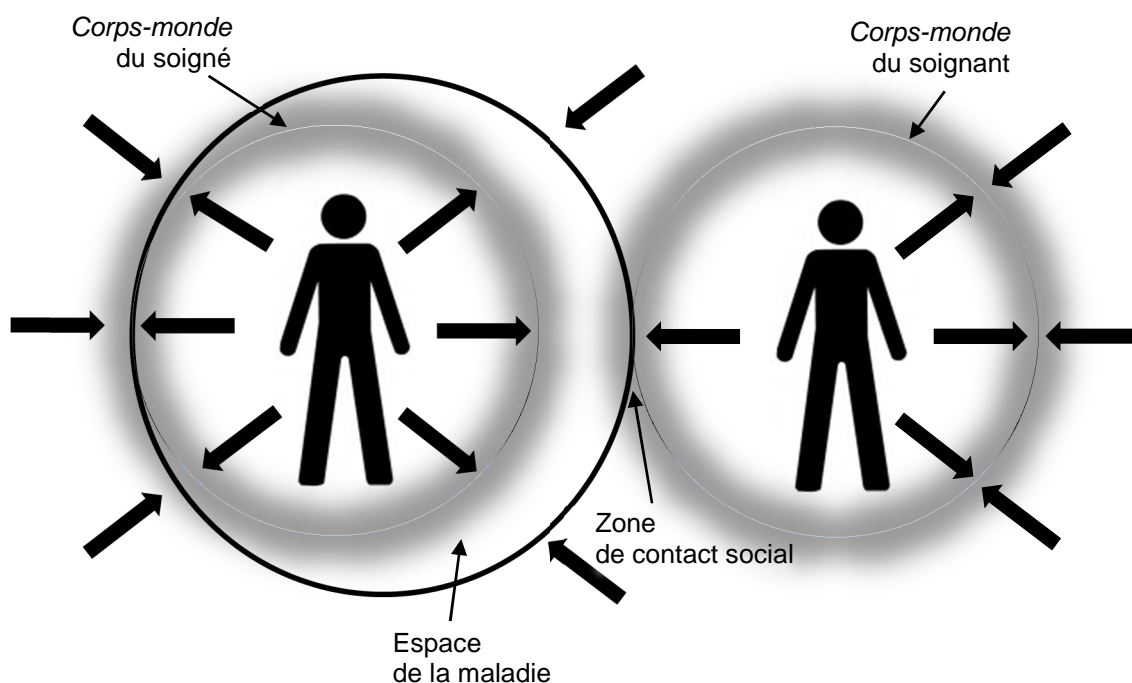


FIGURE 31 : ACTIVITE DE SOIN DANS UNE ZONE DE CONTACT SOCIAL

Les motifs de ce type d'intervention sont multiples et dans le cadre de cette tentative de modélisation nous en retiendrons les deux principaux. Le premier est celui d'une mise à distance volontaire du malade par le soignant lui-même. Il peut s'agir dans ce cas d'une action dans un but de protection face à une situation type qu'il a identifiée comme dangereuse pour l'intégrité de son *corps-monde*. Le second motif consiste en une mise à distance involontaire ou inconsciente par le soignant. Il peut relever d'une réaction au comportement d'un malade, d'une activité routinière, d'un mode de fonctionnement proche de l'épuisement professionnel...

- Le deuxième mode d'intervention est celui d'une activité de soin qui fait pénétrer le *corps-monde* du soignant dans l'espace du *corps-monde* du patient, au-delà de l'espace de la maladie. Il se crée alors une zone d'intervention que nous appellerons « zone de l'intime ». Le soignant exerce son activité mais vient impacter l'intimité du patient au-delà de ce que nécessite la situation de soin. La participation du soignant dans cette configuration l'engage dans une implication personnelle forte tandis que la dimension professionnelle est réduite. Cette posture est justifiée à partir d'un système de croyances plutôt que de valeurs.

Cette configuration sera ainsi représentée :

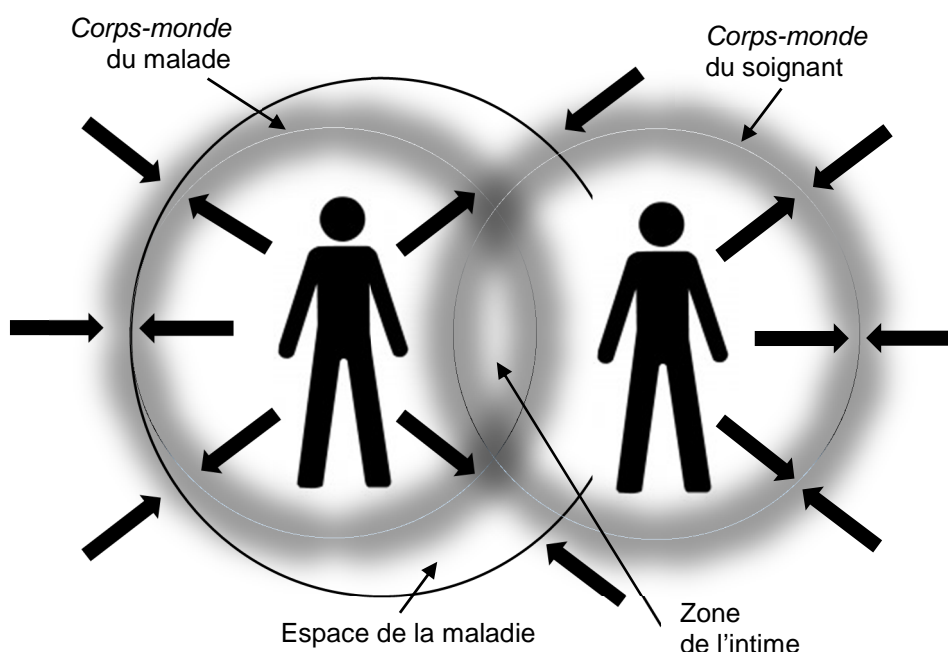


FIGURE 32 : ACTIVITE DE SOIN DANS UNE ZONE DE L'INTIME

Là encore, les motifs de ce type d'intervention sont nombreux mais deux d'entre-eux sont plus particulièrement significatifs. Le premier est celui d'un manque de vigilance du soignant dans sa posture et son positionnement professionnel. En effet, par manque de connaissance ou par défaut d'appréciation, le soignant peut ne pas être en mesure d'identifier jusqu'où l'espace de la maladie impacte le *corps-monde* du malade. Il peut s'agir d'une maladie envahissant toutes les sphères psychiques et sociales du patient comme dans le cadre de la maladie mentale ou d'une maladie qui ne permet pas de délimiter précisément ses contours et ses influences sur l'intériorité du malade. Le second motif de ce type d'intervention peut être dépendant du soignant en ce qu'il est impacté par la maladie de la personne soignée dans son propre *corps-monde*. Le soignant est alors tenté par ce qui lui semble plus important que la seule thérapeutique : la mise en place d'une relation intime et personnelle avec le malade. Dès lors, le malade n'est plus considéré comme un soigné mais comme un individu que le soignant accompagne dans une relation à part égale.

2.2.3. Le *soin-communicant* est-il un modèle de médiation ?

Nous utilisons le terme *médiation* au sens où il permet effectivement de comprendre ce qui est *enjeu* dans le soin et particulièrement les dimensions rationnelles et sensibles en rapport avec la représentation du réel pour l'acteur⁴⁴⁶. Dans ce cadre, le concept de *soin-communicant* permet effectivement de passer d'une logique de soin unique à celle d'un soin élaboré comme un processus de médiation dans lequel sont impliqués soigné et soignant. Se situer dans la relation de soin et identifier l'espace du *soin-communicant* peut permettre au soignant d'initier une activité réflexive et de développer une professionnalité au regard de sa réalité professionnelle et de la construction de son identité personnelle (Dubar, 1992, 2010). Il pourra expérimenter *le sens du complexe* (Bonnet, 2003), dans ce que le soin implique comme éléments relationnels, identitaires, organisationnels, technologiques et communicationnels.

Si le soin est vu comme un processus d'une médiation communicationnelle, il interroge la temporalité du soin. En effet, il ne s'agit pas de le penser comme une succession d'actes uniques, mais de l'inscrire dans une perspective d'attention singulière au soigné, dans une dimension communicationnelle forte. Notre analyse a montré que cette dimension est revendiquée par les soignants eux-mêmes. Leur demande ne consiste pas à vouloir mobiliser plus de temps pour le soigné mais à être plus attentif à ce qu'il est, ce qu'il représente. C'est ce que propose Walter Hesbeen quand il indique que le soin infirmier est « *composé d'une multitude d'actions qui sont surtout, malgré la place prise par les gestes techniques, une multitude de "petites choses" qui offrent la possibilité de témoigner d'une "grande attention" à la personne soignée et à ses proches.* »⁴⁴⁷ L'attention n'est pas une attitude décrétée mais bien un élément de la posture soignante ancré dans l'histoire même de la profession. De l'injonction des

⁴⁴⁶ BONNET, Rosette, BONNET, Jacques. *Nouvelles logiques, nouvelles compétences des cadres et des dirigeants. Entre relationnel et sensible*. Paris : L'Harmattan, 2003, p. 220.

⁴⁴⁷ HESBEEN, Walter. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997, p. 45.

premières communautés soignantes au témoignage des soignants actuels, l'attention portée au patient est source de compréhension des situations de soins.

2.2.4. Avoir ou être : quelle posture soignante pour le *soin-communicant* ?

Nous prendrons appui sur les travaux d'Erich Fromm qui distingue ces deux verbes comme deux postures humaines fondamentales. Il nous semble nécessaire de faire la distinction entre ces deux positionnements pour permettre d'appréhender le concept de *soin-communicant* dans ce qu'il implique pour le soignant en termes de prise de conscience de son rapport à l'activité. Nous n'aborderons pas cette question d'un point de vue philosophique, laquelle renverrait à une perspective de questionnement de la vérité.

Les trois principes proposés par Erick Fromm permettent de mieux appréhender la posture du soignant au sein de la notion de *soin-communicant*. Ils soutiennent une réflexion préliminaire à l'activité : « comment me situer en tant que soignant dans mon rapport au soin ? » ainsi qu'un retour à postériori : « comment me suis-je situé en tant que soignant dans l'activité de soin que je viens de vivre ? ».

- Le premier principe consiste à comprendre le mode relationnel que le soignant privilégie dans son activité. Il s'agit là d'un postulat de départ, associé à sa personnalité, son identité, son éducation... : « *Je me rapporte à deux modes fondamentaux d'existence, à deux types différents d'orientations vers soi-même et le monde, à deux sortes de structure de caractère distinctes dont les prédominances respectives déterminent la totalité de la pensée, des sentiments et des actions de l'individu* »⁴⁴⁸. Il n'y a pas là de bonne ou de mauvaise posture mais une posture que le

⁴⁴⁸ FROMM, Erich. *Avoir ou être. Un choix dont dépend l'avenir de l'homme*. Paris : Robert Laffont, 1976, p. 42.

soignant doit connaître. Ce préliminaire ainsi posé, les deux principes suivants peuvent alors définir le mode *avoir* ou *être*.

- « *Dans le mode avoir d'existence, ma relation au monde est à base de possession et de propriété : je veux faire de tous et de tout (y compris moi-même) ma propriété.* »⁴⁴⁹. Notre analyse a montré combien dans le soin ce mode de l'avoir est souvent présent dans l'activité, en particulier lorsqu'il s'agit d'en faire bénéficier le soignant. C'est l'exemple du soignant qui face à une situation douloureuse pour un malade s'exprime en disant « je dois avoir une attitude qui ne montre pas mes sentiments, je dois avoir en toute circonstance cette posture, il faut acquérir de l'expérience pour avoir de la compétence... ».
- « *Dans le mode être d'existence, il convient d'identifier deux formes d'être. L'une est en opposition avec avoir [...] et exprime une relation vivante et authentique au monde. L'autre forme d'être est en opposition avec paraître et se rapporte à la nature véritable, à la réalité vraie d'une personne ou d'une chose par opposition aux apparences trompeuses...* »⁴⁵⁰. Cette notion d'être au soin interroge la relation que les soignants instaurent dans leur rapport au malade dans un environnement institutionnel et organisationnel contraint.

Ces trois principes éclairent notre approche communicationnelle du soin en termes de significations plus ou moins partagées entre les acteurs. Cet éclairage permet de ne pas positionner le concept de *soin-communicant* dans une perspective d'application *stricto sensu* d'un mode de relation de soin, mais plutôt comme un concept facilitant le questionnement d'une posture relationnelle du soignant envers les autres de ses représentations vis-à-vis de sa place et de ses

⁴⁴⁹ *Op. cit.*, p. 43.

⁴⁵⁰ *Ibid.*

rôles dans l'interaction. A ce titre, nous garderons à l'esprit, comme le proposait Paul Watzlawick, que chaque individu « *n'est pas auteur de la communication, il y participe* »⁴⁵¹.

⁴⁵¹ WATZLAWICK, Paul, BAVELAS, Janet, BEAVIN, Jackson, DON DE, Avila. *Une logique de la communication*. Paris : Editions du Seuil, 1986, p. 68.

3. Le *soin-communicant* : espace de médiation en faveur de la construction d'une professionnalité soignante

Vérification de l'hypothèse n°3 :

H 3 : L'approche communicationnelle permet de proposer en formation le modèle d'un *soin-communicant* comme espace d'analyse des processus de construction de la professionnalité.

Si le concept de *soin-communicant* est effectivement un espace de la médiation où s'organise la thérapeutique, il peut être aussi le lieu d'une autre médiation : celui de la construction et de l'expression de la professionnalité. Cette notion est l'un des éléments du programme de formation des études d'infirmier de 2009 et est associée au concept de *compétence*, une pièce centrale du dispositif proposé aux étudiants. Il serait réducteur d'imaginer que la compréhension de l'activité soignante par le prisme de la compétence n'existait pas avant la mise en place de la dernière réforme de la formation. Si le programme met effectivement en place un référentiel de ce type, c'est que cette notion émergeait du terrain, comme une préoccupation d'adaptation des acteurs aux situations professionnelles rencontrées.

Le concept de *soin-communicant* permet d'organiser un espace de compréhension du soin et des savoirs qui lui est propre. Pour Jean-Marie Barbier, la professionnalité est ce « *gisement* » de compétences représenté par « *un ensemble de savoirs, savoir-faire, savoir-être, nouveaux ou non, [...] lorsqu'ils sont structurés et mobilisés par une personne ou un groupe, en fonction d'un but, dans un lieu et un temps donnés, souvent dans une situation nouvelle.* »⁴⁵². Si cette définition n'évoque pas la dimension de l'identité professionnelle de l'acteur,

⁴⁵² BARBIER, Jean-Marie. *Situations de travail et formation*. Paris : L'Harmattan, 1996, p. 173.

elle met cependant l'accent sur la dimension groupale de la professionnalité retrouvée dans de nombreux services de soins qui fédèrent leurs équipes autour de connaissances, de savoirs et d'aptitudes ancrés durablement dans la pratique quotidienne.

La formation infirmière est généraliste et n'a pas le projet d'appréhender la spécificité des services, car elle est très souvent associée à des savoirs techniques particuliers liés aux pathologies traitées. C'est le cas également dans les services où le type de personnes accueillies rassemble le groupe des soignants autour de pratiques élaborées à partir de situations nouvelles. Les services qui accueillent les personnes âgées sont très attentifs à cet élément de la prise en charge, car il est nécessaire que le groupe des soignants exerce la *fonction de permanence* auprès des patients dans une relation homogène et isotrope. En effet la continuité des soins n'est pas seulement du domaine de l'accueil matériel mais également celui d'une continuité psychique dont le patient âgé a besoin, notamment lorsqu'il est atteint d'une maladie neuro-dégénérative de type Alzheimer.

Il s'agit donc d'une professionnalité organisée à partir d'une culture du service, élaborée par les soignants au sein d'une équipe. Le concept de *soin-communicant* permet ainsi de révéler cette culture groupale, du fait qu'il ne pose pas le soin comme un acte unique mais comme un élément d'un ensemble construit et socialement reconnu.

Bien que souvent affirmée, l'expertise des soignants reste encore trop dans l'ombre des pratiques quotidiennes. Si l'espace du *soin-communicant* est compris comme un périmètre où l'on retrouve des savoirs conceptualisés et formalisés du soin, il sera d'autant plus aisé, après avoir identifié ces savoirs, de les transmettre. On retrouve cette idée d'organisation par un système de référence dans la définition de François Aballea :

« J'appelle professionnalité et j'attribue cette professionnalité à un individu ou un groupe, une expertise complexe encadrée par

*un système de références valeurs et normes de mise en œuvre,
ou pour parler plus simplement d'un savoir et une déontologie
sinon une science et une conscience. »⁴⁵³*

Cette approche de la professionnalité nous donne à comprendre que le groupe de soignants est le lieu de construction de cadres de références permettant l'élaboration de savoirs souvent complexes. Il ne s'agit plus d'appliquer *stricto sensu* des normes, des protocoles, des schémas prédéfinis, mais bien de créer une sorte de science de la situation, organisée autour d'expériences et de concepts. Serait-il alors possible d'imaginer que la notion de « déontologie » mobilisée par Aballea signifie que le groupe se construit en lui-même et par lui-même, par un système de valeurs et de normes ? Le concept de *soin-communicant*, en structurant les savoirs collectifs, permet d'appréhender la norme comme élément d'un progrès collectif.

Si le concept de *soin-communicant* permet une médiation de la professionnalité, il prend en compte le lien étroit entre groupe et individu dans ce qu'ils ont en commun de *savoirs*, souvent complexes, articulés entre le réel de l'activité et l'expression des logiques en jeu dans l'activité de soin. La professionnalité apparaît alors, en elle-même, comme l'objectif mettant en dialogue identité professionnelle et professionnalisme. D'une manière générale, la professionnalité est un concept qui permet d'appréhender l'individu comme acteur et le groupe auquel il appartient en tant qu'espace d'élaboration de ses pratiques, en termes de compétences, d'habiletés, de professionnalisme.

Actuellement, face aux nouveaux défis stratégiques qui leurs sont imposés par le contexte social et économique, les organisations soignantes font le constat qu'il est indispensable de prendre en compte ce concept de professionnalité dans leurs projets et leurs systèmes d'organisation :

⁴⁵³ ABALLEA, François. Sur la notion de professionnalité, *Recherche sociale*, octobre-décembre 1992, n°124, p. 40.

« Dans un contexte organisationnel et symbolique où les ressources humaines sont appelées à prendre rang parmi les potentiels réels de l'entreprise et de l'administration, face à la place nouvelle et importante que revendiquent et que prennent les acteurs dans tout leur unicité, le concept de professionnalité autorise des liens nouveaux entre les notions de professionnalisme et d'identité. »⁴⁵⁴

Cette alternance entre l'individu et le groupe, entre les demandes de l'organisation et celles des acteurs, entre, dans le cadre du soin, les pratiques collectives et les relations individuelles, conduit à prendre en compte la notion de professionnalité comme point central d'analyse de l'activité soignante et de la stratégie correspondant à cette dernière.

Vérification de l'hypothèse n°3

H 3 : L'approche communicationnelle permet de proposer en formation le modèle d'un *soin-communicant* comme espace d'analyse des processus de construction de la professionnalité.

HYPOTHESE VERIFIEE

Le processus d'élaboration de la professionnalité soignante est un cheminement complexe. Il nécessite que le soignant, dans une progressivité qui lui est

⁴⁵⁴ BONNET, Jacques. *Interprofessionnalité et complexité. Une tentative de compréhension et d'articulation des cultures et des pratiques professionnelles liées à la santé*. In : MANIERE, Dominique, AUBERT, Martine, MOUREY, France, OUTATA, Sabrina. *Interprofessionnalité en gérontologie. Travailler ensemble : des théories aux pratiques*. Ramonville Saint-Agne : Editions érès, 2005, p. 39.

personnelle, découvre du sens aux situations professionnelles qu'il rencontre. Nous avons confirmé dans notre analyse, que les soignants recherchent une posture qui leur permette d'atteindre un objectif d'efficacité professionnelle dans le cadre d'un système de valeurs qui leur est propre. En effet, le concept de posture « *conjugue la lecture d'une position momentanée, celle de l'instant et de l'événement que représente toute situation professionnelle, en même temps qu'il rend compte de processus évolutifs au regard des interactions en cours et en jeu entre le sujet et son travail.* »⁴⁵⁵. Ainsi, le concept de parcours de professionnalisation est particulièrement adapté dans le cadre du soin et les postures décrites par Rosette et Jacques Bonnet d'autant plus judicieuses qu'elles permettent de soutenir l'idée qu'une progressivité est nécessaire dans la capacité du soignant à construire du sens face aux situations qu'il rencontre, afin d'ancrer durablement sa professionnalité dans la pratique⁴⁵⁶ :

- novice ou la posture du sens absent
- novice avancé : une posture en quête d'indices
- professionnel : une posture fondée sur des procédures connues et maîtrisées
- professionnel averti : une posture de questionnement des pratiques et des procédures
- expert naissant ou une posture d'éveil du sens
- expert : les interactions mises en scène et en actes.

⁴⁵⁵ BONNET, Rosette, BONNET, Jacques. *Du manager novice au manager expert*. Paris : Hermès Science Publications, 2006, p. 86.

⁴⁵⁶ Nous reprenons, ci-après, la liste des six postures modélisées.

4. Approche communicationnelle du soin et perspectives pour la professionnalisation des étudiants infirmiers

A la suite de cette approche de la professionnalisation au soin en termes de *soin-communicant*, nous proposerons, au regard de nos résultats, deux perspectives qui peuvent bénéficier au projet pédagogique d'un institut de formation infirmier.

4.1. La médiation de soin en actes

L'une des perspectives du concept de *soin-communicant* est de rendre visible, à partir de situations de soins, des problématiques que l'étudiant aura à analyser et à s'approprier. Cet élément, comme nous l'avons évoqué, lui est nécessaire pour la construction de son identité professionnelle. Cette élaboration à partir de ses pratiques de soins est possible si l'étudiant a délimité l'espace du concept de *soin-communicant*. En effet, il s'agit pour lui de différencier une analyse de la pratique en tant que telle et une supervision qui relève d'un autre type d'investigation, plus personnelle et plus intime.

Dans le schéma du *soin-communicant* ci-après, nous avons indiqué les différents espaces d'analyse : celui correspondant à l'analyse de la pratique et celui de la supervision. A l'expression *analyse de la pratique* nous préférons l'appellation *analyse d'une médiation de soin*⁴⁵⁷.

⁴⁵⁷ BONNET, Jacques, BONNET, Rosette, VIARD, Philippe. L'analyse de la pratique en formation infirmière. Vers une « clinique du sens ». *Communication & organisation*, décembre 2013, n°44, p. 179.

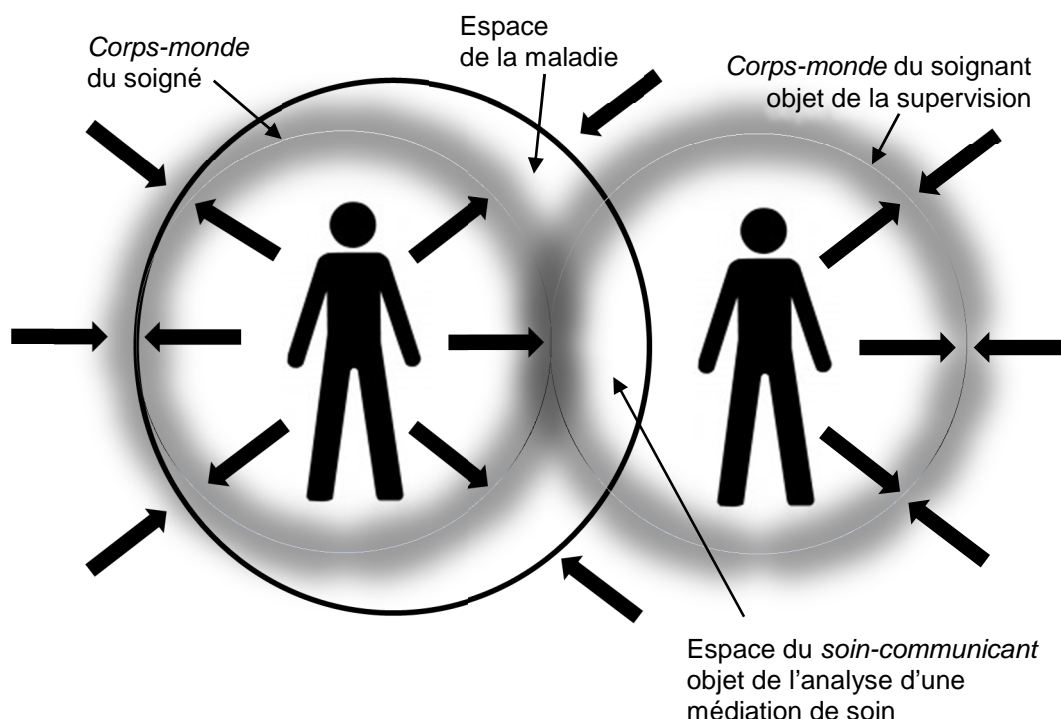


FIGURE 33 : LE SOIN-COMMUNICANT : ANALYSE DE LA PRATIQUE ET SUPERVISION

L'analyse d'une médiation de soin vise donc à favoriser pour les étudiants la création d'une identité professionnelle par un processus de construction du sens sur une *praxis* qui met en jeu le *corps-monde* du soignant. Comme le signale Thierry Blin dans une description de la thèse schülzéeenne des « perspectives réciproques », « *dans la relation de face à face, j'éprouve directement, immédiatement, l'autre dans sa corporéité vivante* »⁴⁵⁸. L'analyse d'une médiation de soin ne se conçoit pas comme un simple exercice intellectuel et linguistique,

⁴⁵⁸ BLIN, Thierry. *Alfred SCHÜTZ. Eléments de sociologie Phénoménologique*. Paris : L'Harmattan, 1998, p. 21.

il convient de comprendre « ce que parler veut dire » (Bourdieu, 1991)⁴⁵⁹ tout en prenant en compte l'activité réelle de soin dans une contextualisation sociale.

En effet, le monde s'organise autour de l'acteur et l'acteur lui-même en a une perception par le biais de son *corps-monde*. C'est cette spatialité qui permet d'entrevoir qu'il saisit son positionnement, non pas par imposition d'une signification d'origine sociale, mais par une posture individuelle de compréhension et de transformation de son propre *corps-monde*, à la fois monde social individualisé et corps-chair, réalité première. Le corps-chair est là aussi présent comme espace du sens, un « *un corps-objet [...] pensé comme corps tout court, comme espace d'abord et uniquement* »⁴⁶⁰. Le *corps-monde* contient le langage et l'énonciation de la pratique peut permettre de faire une analogie entre analyse d'une médiation de soin et modalisation au sens goffmanien d'une « *transformation qui ne se cache pas* »⁴⁶¹.

Nous présenterons dans les chapitres suivants une proposition d'application de l'analyse d'une médiation de soin en formation infirmière. Pour cela, après avoir indiqué les consignes générales, nous détaillerons les moyens suggérés et les objectifs à atteindre par les étudiants pour chacune des trois années du cursus infirmier.

⁴⁵⁹ OLIVESI, Stéphane. *La communication selon Bourdieu*. Paris : L'Harmattan, 2005, p. 65.

⁴⁶⁰ RICOEUR, Paul. *Philosophie de la volonté, tome 1. Le Volontaire et l'Involontaire*. Paris : Schlegel Jean-Louis, 2009 [Aubier, 1950, 1988]. p. 205.

⁴⁶¹ GOFFMAN, Erving. *Frame Analysis : An Essay on the Organization of Experience*. New York : Harper an Row, 1974, p. 290.

4.1.1. Consignes générales en vue de l'analyse d'une médiation de soin en formation infirmière

Ces consignes couvrent l'ensemble des trois années de formation.

- Une période de stage est organisée pour chaque semestre de formation dans un ou plusieurs lieux d'exercice en fonction des choix pédagogiques de l'IFSI. L'étudiant réalise deux analyses de médiations de soins pour chaque semestre.
- L'étudiant est acteur de la situation de soin qu'il analyse : il peut réaliser lui-même le soin, faire partie du contexte ou être témoin de l'action qui se déroule.
- L'étudiant rédige un document écrit qui reste confidentiel. A ce titre, seuls le thème de l'analyse et quelques mots clés sont inscrits dans le portfolio individuel de suivi de formation.
- Le travail d'analyse d'une médiation de soin est individuel.
- Le concept de *soin-communicant* est mobilisé à chaque étape de l'analyse d'une médiation de soin.

4.1.2. 1^{er} et 2^{ème} semestre : prendre de l'attitude⁴⁶²

Cette phase correspond à la construction progressive des bases de l'analyse d'une médiation de soin sur les deux premiers semestres. Le thème retenu est : l'attitude de l'étudiant dans une situation de soin.

⁴⁶² Pour des précisions concernant le choix des thèmes attitude, activité et positionnement, cf. partie II, sous-chapitre 1.2. « Méthode de constitution du corpus et méthode de recueil de données ».

Documents

L'étudiant réalise deux analyses d'une médiation de soin pour chaque semestre, sur deux documents indépendants les uns des autres. Ces deux semestres ciblent particulièrement les problèmes rencontrés en lien avec les objectifs généraux de l'action et les ressources engagées.

Objectifs :

- Présenter le contexte de la situation.
 Cette présentation est générale et comporte en particulier les éléments qui permettent la compréhension de la situation.
 Il ne s'agit pas de décrire en détail les aspects pratiques du soin, de retranscrire les éléments d'une gestuelle, de décortiquer chronologiquement les actions...
 Il s'agit de décrire la nature de la situation de soin, le contexte, les acteurs en présence, les éléments de la médiation qui permettent l'interaction.
- Formuler pourquoi « *la situation est vécue comme un obstacle* » (Bonnet, 2006). La formulation vient rendre compte des interrogations que la situation a fait surgir.
- Problématiser l'attitude soignante.
 Cette partie est l'aller et retour entre la théorie et le réel (Perrenoud, 2001) au bénéfice de l'analyse de l'attitude soignante.
 Il ne s'agit pas de formuler des recommandations, de condamner les attitudes ou d'exprimer des jugements de valeur...
 Il s'agit de réunir les questions qui se posent autour d'une idée générale, d'une question ou d'un concept en proposant un schéma possible de réponse.

4.1.3. 3^{ème} et 4^{ème} semestre : éclairer le sens de l'activité

C'est l'étape de l'articulation entre ce que l'étudiant construit comme récit de ce qu'il fait et ce qu'il sait nécessaire à l'activité. C'est une reprise après coup (Vial, 1997), un éclairage, une distanciation par rapport à l'activité pour faire émerger les écarts de sens.

Document

L'étudiant réalise deux analyses d'une médiation de soin pour chaque semestre, regroupées en un seul document.

Objectifs

- Identifier un élément de l'activité de soin à analyser.
Cet élément est commun aux deux activités de soin, même lorsque les stages ne sont pas de même nature : une problématique commune, un concept partagé, un même type d'interaction...
- Questionner la clinique infirmière.
Dans un premier temps, une synthèse permettra de décrire le contexte général de l'activité, les différences et les similitudes de l'action infirmière pour les deux situations de soins.
Il ne s'agit pas de comparer les activités et de mettre en concurrence les logiques de soin.
Il s'agit de questionner la clinique infirmière, comme élément fondamental de la création du sens de l'activité.
- Argumenter les propositions d'analyse.
Lors d'un entretien auprès du référent de suivi pédagogique, l'étudiant argumente les propositions d'analyse de l'activité infirmière en construisant un discours organisé sur le sens de l'activité.

Il ne s'agit pas de paraphraser le document écrit, de justifier les pratiques, de juger les personnes dans leurs comportements...

Il s'agit de prendre du recul sur l'activité, d'initier une méta-analyse, de mettre à jour les effets de sens (Ardoino, 1997), d'adopter une démarche critique...

4.1.4. 5^{ème} et 6^{ème} semestre : se positionner en tant que professionnel soignant

C'est l'étape qui permet à l'étudiant de stabiliser un choix de positionnement professionnel. Il pourra privilégier un concept, un type d'activité, une problématique soignante...

Document

L'étudiant réalise deux analyses d'une médiation de soin pour chaque semestre, regroupées en un seul document.

Objectifs

- Sélectionner un thème.

Le thème mobilise le concept de *soin-communicant*.

- Problématiser le positionnement soignant.

L'étudiant pose une question et émet des hypothèses de résolution portant sur la situation elle-même, sur les conséquences réelles ou potentielles, sur les implications groupales ou interdisciplinaires...

- Identifier la progression.

L'étudiant formule l'évolution réalisée depuis le début de la formation concernant le thème choisi et en dégage les enseignements possibles pour sa pratique en tant que professionnel.

Il ne s'agit pas d'édicter des règles ou d'établir des attitudes à priori.

Il s'agit d'appréhender l'analyse comme une pratique nécessaire au questionnement d'un positionnement adapté au service du patient.

Cette suggestion d'analyse d'une médiation de soin prend appui sur le concept de *soin-communicant* pour permettre aux étudiants d'expérimenter la dimension réflexive nécessaire à la construction d'une professionnalité soignante. Il n'y a pas dans notre démarche de volonté d'imposer une nouvelle norme de pratique réflexive mais plutôt une proposition de méthode pour permettre aux étudiants accompagnés par leurs formateurs, de rendre visibles des espaces de sens, de formaliser des progressions de savoirs et de compétences, d'identifier les logiques de situations de soins...

4.2. Perspective comparative - Le modèle du *soin-communicant* et le projet d'établissement du centre « Baan Kamlangcha » en Thaïlande

Comme nous l'avons montré, le concept du *soin-communicant* est un modèle de médiation. Pour leurs centres d'accueils, certains établissements inscrivent cette démarche dans leur projet en s'appuyant sur la médiation en tant qu'élément central du soin. C'est le cas, dans une région du nord de la Thaïlande, d'une expérience conduite par un ressortissant suisse qui propose dans son établissement l'accompagnement de malades à partir d'activités à valeur de médiations. Ce projet pionnier a fait l'objet d'une importante couverture médiatique en Suisse et en Allemagne, suite à la parution d'un livre⁴⁶³ relatant la genèse du projet et les résultats obtenus en matière d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées accueillies et de diminution des coûts de la prise en charge médicamenteuse. Il est particulièrement intéressant d'analyser l'activité quotidienne de ce type d'institution par le biais du concept de *soin-communicant* pour affiner, améliorer ou modifier le modèle que nous avons élaboré grâce à une activité réelle déjà mise en place.

Depuis maintenant dix ans, ce centre accueille des personnes âgées Suisses souffrant de la maladie d'Alzheimer. Cette maison appelée « Baan Kamlangchay » (littéralement « la maison où l'on prend soin avec le cœur ») est située à Chiang Mai. A la suite d'un parcours personnel, Martin Woodtli choisit d'accompagner sa mère atteinte de la maladie d'Alzheimer pour des vacances en Thaïlande. Lors de son séjour, il décide de rester dans ce pays avec elle et crée alors un centre dans lequel il accueille d'autres personnes, qu'il appelle « hôtes », atteintes de la même pathologie. La prise en charge est pensée comme celle qui pourrait être organisée par une famille plutôt que comme celle d'une équipe d'un centre de soins traditionnel en Europe. Trois thaïs se

⁴⁶³ WOODTLI, Martin. *Mit Alzheimer im Land des Lächelns*. Augsburg : Weltbild, 2013.

succèdent toutes les huit heures pour offrir une présence continue à chacune des personnes accueillies. Celles-ci vivent à deux par maison et prennent leurs repas en commun dans la maison de Martin Woodtli. Il explique que ce projet novateur est rendu possible par le type de relation mis en place par le personnel thaï :

« Les Thaïs sont très gentils avec les personnes âgées. Ils ont un profond respect pour elles. Et travailler avec des personnes âgées ici c'est très valorisant. C'est aussi lié à leur conviction, à leur religion, cela permet de gagner des mérites pour sa prochaine vie, et dès l'enfance les thaïs sont formés à prendre soin des personnes âgées au sein de leur famille, au sein de leur village, donc les gens ont naturellement beaucoup d'expérience pour exercer ce métier. »⁴⁶⁴

On relève dans cette constatation de Martin Woodtli l'évocation d'une sorte de formation au soin de la personne âgée dès le plus jeune âge, par le biais d'une reconnaissance de sa place au sein de la famille. En ce qui concerne la France, la plupart des lieux de vie pour personnes âgées dépendantes sont structurés dans le cadre d'établissements construits sur le modèle hospitalier et non pas sur celui de la maison de famille. L'organisation des soins quotidiens par les infirmiers procède de la même démarche clinique qu'au sein d'un service de soin. Cependant, la *naturelle expérience pour réaliser ce métier* évoquée par Woodtli nous questionne sur la démarche qui serait à entreprendre au sein du dispositif de formation infirmier pour que les étudiants puissent rendre visibles et formaliser leurs ressources personnelles en matière d'accompagnement d'une personne âgée pour ses soins quotidiens. Cette appropriation des contenus de la formation par le biais du retour d'expériences pourrait permettre aux étudiants d'appréhender plus précisément le travail attendu d'un professionnel et les écarts au regard de leurs compétences et de leurs habiletés.

⁴⁶⁴ WOODTLI, Martin. *Les carnets du monde*. Europe 1, Paris, 2014 [diffusé le 12/04/2014].

Mais qu'en est-il de la relation avec des malades dont la famille habite à plus de 9000 kilomètres ? Comment comprendre cette vision portée par le personnel soignant sur la maladie, sur la vieillesse, sur la relation, sur l'altérité ? Au-delà d'une simple constatation d'un phénomène local et culturel, peut-on identifier des éléments transférables aux problématiques de prise en charge des personnes âgées en Europe ? Savoir que « *les gardes malades sont très câlines et très rassurantes* » ne suffit pas à expliquer la réussite d'un tel projet. Woodtli explique que sur le plan des thérapeutiques, la prise en charge relationnelle peut être une alternative aux traitements médicamenteux :

« Les gens arrivent ici avec d'importantes prescriptions médicales, en Europe ils sont obligés de prendre ces médicaments car on est obligé de les calmer parce que les structures sont grandes et qu'il n'y a pas assez de personnel. Mais ici on ne change pas les prescriptions des gens qui viennent pour des vacances. Mais pour les autres on diminue petit à petit les doses puis au bout du compte on ne leur donne plus rien parce qu'ils n'en n'ont plus besoin ».

L'enfermement n'est plus nécessaire et le soin s'ouvre à l'environnement des maisons de soins. La personne âgée n'est plus contrainte par une délimitation spatiale, mais contenue par une relation bienveillante et continue. Dès lors, le champ des possibles n'est plus limité et la médiation relationnelle devient un axe du soin, un cadre thérapeutique : « *Chez nous si quelqu'un a envie de sortir et de marcher et bien il sort. Un monsieur nous a dit un matin qu'il avait rêvé d'une montagne et qu'il devait y monter. Et bien on l'a laissé aller voir sa montagne avec sa garde malade. Et le soir il est revenu tout heureux* »⁴⁶⁵.

⁴⁶⁵ WOODTLI, Martin. *Op. cit.*

La place du corps est centrale dans cette organisation pour les personnes âgées dépendantes et permet la relation thérapeutique.

« Une caractéristique exceptionnelle des soins réalisés auprès de ces personnes âgées vulnérables est l'accompagnement de manière chaleureuse, tendre et proche physiquement, par l'ensemble du personnel thaïlandais. Cette capacité satisfait le besoin de contact corporel des personnes âgées qui s'accroît au fur et à mesure du développement de la démence. Il est touchant d'observer ainsi que les enfants du quartier n'ont pas peur d'aller au-devant de nos pensionnaires, de les toucher et de discuter avec eux. J'ai pu observer que de tels contacts corporels spontanés, naturels et chaleureux peuvent influencer sur la stimulation des personnes démentes et leur redonner goût à la vie. [...] En tant que praticien en Gestalt-thérapie, j'ai étudié très précisément ce que l'on appelle " le travail du corps ". J'ai appris comment les tensions peuvent être atténuées par des interventions corporelles. En observant les accompagnants thaïs, j'ai souvent l'impression qu'ils font ce que j'ai appris et le pratiquent d'autant plus facilement qu'ils le font depuis l'enfance. » [notre traduction]⁴⁶⁶

Notre travail de recherche a confirmé la place du corps et l'importance de la relation dans le soin. Le concept du *soin-communicant* s'appuie sur ce paradigme. Dans l'expérience du centre de Chiang Mai, les soins des cheveux, du visage et des pieds, l'utilisation d'huiles de massage, un contact corporel quotidien sont autant d'éléments qui organisent la vie des patients et de leurs accompagnants : *« le toucher est à la fois un sens fondamental donnant des informations sur le corps (position, équilibre, sensations de froid...), sur*

⁴⁶⁶ WOODTLI, Martin. [en ligne]. <<http://www.alzheimerthailand.com/AlzheimerThailand/Index.htm>> (consulté le 13/04/2014).

l'environnement avec lequel celui-ci entre en résonnance (texture des objets, sensation de l'espace, etc.), autant qu'une expérience profondément personnelle et affective. »⁴⁶⁷.

Entre le concept de *soin-communicant* et l'approche de l'accompagnement des personnes âgées par les soignants Thaïs, des liens sont sans doute à tisser au profit de nouvelles approches de l'activité de soin. Que ce soit au niveau de la conception de la maladie, de la prise en charge de la personne âgée, de l'accompagnement ou du toucher, nous pensons qu'il est possible d'enrichir la pratique soignante par le regard d'une autre culture sur le soin. Le contexte sociétal est bien sûr très différent, les contraintes économiques peu comparables et pourtant, l'articulation entre le *soin-communicant* et l'activité soignante des Thaïs nous semble susceptible de permettre une approche du soin plus ancrée dans une dimension résolument communicationnelle.

⁴⁶⁷ VINIT, Florence, BOURDAGES, Louis. *Du toucher à la qualité de contact*. In : CHAMPAGNE, Manon, MONGEAU, Suzanne, LUSSIER, Lyse. *Le soutien aux familles d'enfants gravement malades*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2014, p. 120.

5. Limites et conditions d'exploitation de la recherche

5.1. Les limites du corpus

Notre corpus a donné une place centrale aux récits de situation. Notre choix de réaliser une analyse qualitative permet une vision globale de la pratique mais surtout une lecture plus détaillée des logiques d'acteurs. Il n'est bien entendu pas possible de généraliser nos résultats à l'ensemble des pratiques de soin. Nous avons atteint notre objectif d'utiliser les données récoltées, de les analyser pour proposer une modélisation du soin.

L'une des limites que nous pourrions opposer au choix de notre corpus est celle d'avoir recueilli des récits de situation de *soignants en devenir*. Si nous avons préféré interviewer des étudiants en soin c'est, d'une part, que notre situation professionnelle nous permettait d'accéder plus facilement à cette population et, d'autre part, pour permettre de faire émerger des situations problèmes formatives. Les étudiants ont cette faculté d'adaptation au terrain, voire de synchronisation aux pratiques des professionnels ; en leur permettant de s'exprimer en confiance, nous nous sommes aperçu qu'il émergeait souvent des sortes de *rapports d'étonnement* de leur récit. Les situations décrites pouvaient sembler banales pour les professionnels alors qu'elles étaient problématiques pour les novices.

C'est en partie ce qui nous a amené à rencontrer M. Pierre, pour recueillir des données permettant une analyse diachronique moins ponctuelle et plus construite.

Comme nous l'avons précisé, nous avons fait le choix de ne pas réaliser une observation participante pour ne pas être *partie prenante* du corpus recueilli. Cette prise de recul par rapport au terrain nous était nécessaire, dans un premier temps, pour ne pas aborder la recherche en tant que soignant. En effet, pour le travail d'investigation, notre positionnement est clairement celui du chercheur

confronté au terrain qu'il investit. Toutefois, il serait illusoire d'imaginer qu'en tant que soignant, nous puissions adopter une posture d'une neutralité radicale et continue.

Au moment de constater les limites de cette modélisation, et avec le recul qui sied à toute recherche, nous pensons que le corpus des récits de situation pourrait être complété par une observation, participative ou non, de l'activité sur le terrain pour affiner la vérification de nos hypothèses.

En effet, notre recherche, financée par notre employeur, répond à une *commande institutionnelle* orientée vers les questions de formation et en particulier en matière de stratégies mises en place au regard de l'universitarisation des études infirmières. C'est pourquoi, notre travail s'est appuyé sur la perception et la logique des étudiants en matière de significations, de représentations, de sens, ce qui constitue une entrée différente mais complémentaire de l'analyse de l'activité observée en situation.

5.2. Conditions d'exploitation des résultats

Le travail d'équipe ou plutôt le travail en équipe est l'une des caractéristiques du soin. Il y a bien entendu le travail d'équipe en tant qu'organisation de service, mais nous pensons en particulier à ces situations de soins organisées en binômes de soignants, dans une prise en charge commune souvent nécessaire pour des patients dépendants. Ce type de situations de soins questionne l'identité au travail et les relations coopératives qui s'y déroulent. Les récits de situation recueillis peuvent, pour certains, permettre d'analyser ce que Renaud Sainsaulieu appelle *les modèles de relation au travail*⁴⁶⁸. Qu'elle soit *fusionnelle*, *de négociation*, *des affinités* ou *de retrait* (Sainsaulieu, 1985, 1977, 2001), quel est le modèle de relation présent dans le soin et pour quelle identité au travail ?

⁴⁶⁸ SAINSAULIEU, Renaud. *Des sociétés en mouvement : la ressource des institutions intermédiaires*. Paris : Desclée de Brouwer, 2001.

En effet, si nous avons analysé l'expression des représentations des acteurs, qu'en est-il de leurs représentations collectives (Sainsaulieu, 1977) ou de la reconnaissance des savoirs et des compétences (Dubar, 2000) ? Ce que les récits de situation nous laissent entrevoir, ce sont les jugements qui construisent l'identité : « *L'individu ne la construit jamais seul : son identité dépend autant des jugements d'autrui que de ses propres orientations et définitions de soi. L'identité est le produit de ses socialisations successives.* »⁴⁶⁹.

En lien avec ce travail d'équipe, nous pouvons également noter qu'une part importante de la prise en charge du patient se fait à partir d'une organisation pluri-disciplinaire, pluri-professionnelle. Nous avons évoqué dans l'histoire des pratiques soignantes ce lien étroit qui existe entre les équipes médicales et les équipes soignantes. Il est fonctionnel certes, mais existe-t-il un réel lien communicationnel ? Au regard de certains propos tenus dans les récits de situation collectés, il est sans doute possible de questionner le niveau effectif de coopération, d'intercompréhension voire de coordination en interdisciplinarité. La réingénierie des diverses professions de santé s'organise en vue de la construction d'un socle commun de connaissances, d'unités d'enseignement aux contenus identiques, d'équivalences entre formations. Cette restructuration est-elle le signe que les professionnels de la santé souhaitent exercer un rapprochement de leurs actions au service du patient ? Les perspectives d'études communes, dans le cadre de la mise en place de masters regroupant l'ensemble des professionnels de santé, ouvrent la porte à des collaborations efficaces. A ce titre, le paradigme de *soin-communicant* peut être un élément organisateur d'une synergie des différents savoirs-métiers. Considérer le soin comme un processus médiatif, comme modèle de la communication, pourrait rassembler les différentes démarches professionnelles, au-delà des clivages de l'activité et de l'aspect purement décisionnel dans le soin. Chaque discipline des professionnels de santé peut trouver sa place dans un espace de compréhension du soin, de la

⁴⁶⁹ DUBAR, Claude. *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Collin, 2010, p. 7.

relation et de la communication. Actuellement, les SIC ne se retrouvent pas identifiées comme sciences contributives à la formation soignante. La communication est confinée au titre d'une méthode de l'action ou comme une *théorie* banalisée dans un contenu généraliste qui relèverait davantage de la culture générale que d'un véritable apport scientifique mobilisable dans un contexte formatif.

Notre travail de recherche met en lumière l'importance d'une approche communicationnelle du soin. Nous ne nions pas que les sciences biologiques et médicales aient une place prépondérante dans le soin. Ce que nous observons à la suite de cette recherche, c'est l'aspect fondamental de l'apport des sciences humaines dans la démarche de soin et dans la contribution au bien-être du patient. Dans le champ de l'organisation du travail et en particulier au sein d'une organisation soignante, comprendre le soin par un paradigme transverse et de nature processuelle peut créer un lien organisationnel fort.

Il convient également de rappeler que l'institution soignante ne peut être exclusivement évaluée d'un point de vue financier et comptable, même si le contexte économique conduit l'ensemble des organisations de santé à l'économie et à la réduction des coûts, et que, comme le décrit Gino Gramaccia, les acteurs se voient subtilement accordé une « *autonomie paradoxale* »⁴⁷⁰. Nous pensons qu'il existe une voie d'efficience complémentaire, plus en cohérence avec les valeurs véhiculées par les soignants et avec la qualité de service visée.

⁴⁷⁰ GRAMACCIA, Gino. *Les actes de langage dans les organisations*. Paris : L'Harmattan, 2001.

Conclusion

Le soin-communicant : vecteur et levier du soin

Cette recherche a été réalisée parallèlement à notre activité professionnelle de cadre de santé formateur, ce qui a sans doute pu constituer un frein à l'approfondissement de pistes de recherches entrevues, au profit de la poursuite du travail autour de la problématique choisie. Le verbe *choisir* n'est peut-être pas le plus approprié ici tant il est apparu que le choix des chemins empruntés a souvent été motivé par l'objet de la recherche lui-même. Comme indiqué en introduction de ce mémoire, nous avons conclu lors de notre travail de master à la place centrale de la relation dans le soin, postulat de départ lors de notre entrée en thèse.

Pourtant, à l'occasion d'une réorganisation de notre recherche en fin de première année, le début de l'analyse des entretiens réalisés a laissé apparaître que la relation pouvait ne pas être au centre du soin, même si les étudiants la mentionnent dans leurs récits de situation comme l'un des critères indispensables pour la réussite globale du soin. C'est effectivement cette vision holistique qui nous a questionné sur la place de la relation et du territoire qu'elle occupe dans le soin. Comme le propose Anne-Marie Laulan, « *toute notion de territoire renvoie à celle du pouvoir et donc à celle de l'exclusion* »⁴⁷¹, ce qui est d'autant plus vrai lorsque l'objet de recherche se situe dans un contexte sociétal de prise en charge de la santé en perpétuelle mutation.

Mais considérer la relation au centre du soin rejetait en périphérie autant d'autres éléments lors d'une prise en charge soignante. Il nous est apparu en premier lieu que l'ensemble des situations professionnelles types analysées accordait au corps, réel ou symbolique, une place importante. Qu'il s'agisse de soins généraux

⁴⁷¹ LAULAN, Anne-Marie. *Liens et lieux*. Séminaire laboratoire CIMEOS, « L'intelligence territoriale et les lieux - Quel(s) rapport(s) avec les territoires ? ». Le 25/06/2014.

ou spécialisés, de soins physiques ou psychologiques, de soins pour une spécialité médicale ou du rôle autonome soignant, le corps est présent, à la fois objet et support du soin. Le corps est donc, comme nous le propose Florence Vinit, « *au cœur du soin* »⁴⁷². A partir de l'angle de perception des soignants, le concept de corps peut ainsi être élargi à une notion plus large et plus globalisante, le concept de *corps-monde*, tel qu'il permet d'intégrer le soin dans une dimension communicationnelle forte.

C'est ainsi que la dialogique soignant/soigné organise et autorise une médiation relationnelle qui en elle-même peut être au bénéfice de la thérapeutique. Il existe entre les deux *actants* du soin un lien dont la communication est le vecteur et le levier.

Mais il est essentiel de prendre en compte que : « *le toucher nécessite l'intervalle d'un entre deux. C'est le fait de ma corporéité qui me permet de toucher le monde, de me toucher comme être de corps.* »⁴⁷³. Notre recherche confirme que le soigné et le soignant sont membres de cette relation, à part égale, chacun étant à la fois touché et touchant, au cœur d'un système d'échanges signifiants dans un ensemble que nous avons nommé le *soin-communicant*.

Le soin est un processus évolutif et complexe, ce qui fait toute la difficulté d'adapter les méthodes d'enseignement en institut auprès d'étudiants qui recherchent des réponses factuelles, des modes opératoires généraux, des modèles de pratiques protocolisés et immédiatement applicables. Comme nous l'avons vu précédemment, le législateur a maintenant fait le choix d'un programme infirmier où l'organisation des savoirs se fait à partir de processus plutôt que de pathologies. Il y a donc là une vraie concordance avec la réalité des services de soins, bien que les représentations des acteurs du terrain restent

⁴⁷² VINIT, Florence. *Le toucher qui guérit. Du soin à la communication*. Paris : Belin, 2007.

⁴⁷³ *Ibid.*, p. 157.

encore trop souvent axées autour de modèles pathologistes attachés aux spécialités médicales.

Cette problématique se pose également pour la démarche clinique infirmière qui procède de la même intention, ce qui peut rendre son apprentissage complexe. Si elle prend nécessairement en compte le malade, l'utilisation du modèle du *soin-communicant* permet d'inclure le soignant dans cette démarche. Dans cette perspective, l'un des volets complémentaires qui pourrait être apporté au projet de soin est la formalisation de la partie soignante par le concept de *soin-communicant*. C'est à ce titre que l'acteur peut investir la dimension de sa professionnalité, tout à la fois individu soignant, impliqué comme acteur du soin et acteur social, représentant et créateur d'actes socialement identifiés et engagés.

L'appréhension du soin comme objet d'étude demande un aller-retour permanent entre théorie et terrain. De ce fait, nous avons fait l'expérience de la mise en abîme de la connaissance et des savoirs. L'une des difficultés essentielles a été de faire des choix, difficulté dictée en partie par la temporalité de la recherche. Si comme le dit Teilhard de Chardin, « *la temporalité se place au cœur même de l'expérience ontologique, au niveau de la matière, de l'homme, de la vie de l'esprit enfin* »⁴⁷⁴, il n'est pas possible de conclure une recherche sans en mesurer son rapport *aux temps*. Car outre le temps de l'éphéméride et du calendrier, notre recherche nous a questionné sur notre rapport à notre propre temps vécu.

Comme nous l'avons déjà évoqué, après un an de thèse nous avons réorganisé totalement notre recherche, grâce à un nouveau directeur de recherche qui nous

⁴⁷⁴ COHN, Lionel. *La nature de l'homme dans l'œuvre d'Albert Camus et dans la pensée de Teilhard de Chardin*. Lausanne : L'âge d'homme, 1977, p. 8.

a guidé dans cette difficile tâche. Nous avons mesuré alors, que le temps *chronos* cher à Pythagore, entraîne le chercheur dans un mouvement cyclique, comme le sable du sablier égraine le temps au rythme de sa chute. Ce temps de l'horloge, du chronomètre, délimite des cadrans et des espaces temporels et a dicté nombre de nos choix.

Mais nous avons également fait l'expérience du temps *tempus* de St Augustin, pour qui le temps est d'abord une expérience vécue : « *Qu'est-ce donc que le temps ? Si personne ne me le demande, je le sais, mais si on me le demande et que je veuille l'expliquer, je ne sais plus.* »⁴⁷⁵. Le temps comme expérience de la durée vécue contient en lui ce que l'Homme croit être, mais également ce qu'il pense qu'il sera. Re-questionner sans cesse notre problématique, analyser des situations d'acteurs, réorganiser la présentation des idées et des notions clefs... ont été autant d'éléments qui nous ont fait appréhender la notion de temps comme une expérience indéfinissable.

Notre recherche relève donc du *chronos* et du *tempus*, à la fois dictée par un temps incompressible et en même temps pleinement vécu dans le moment de la recherche. A ce titre, nous nous retrouvons totalement dans la proposition du physicien Etienne Klein : « *Dans le premier cas le temps est conçu comme un ordre de succession, qui déploie des chronologies définitives. Dans le second cas, il est conçu comme le passage d'un instant particulier, comme le transit du présent vers le passé et de l'avenir vers le présent.* »⁴⁷⁶.

Si la temporalité académique nous guide vers la finalisation de ce mémoire, nous souhaiterions toutefois nous inscrire dans une perspective de poursuite de la recherche dans le champ communicationnel. Celui-ci est en effet un cadre dans lequel la recherche autour du soin et de la pratique soignante offre des perspectives de compréhension et de progrès, notamment autour de la formation

⁴⁷⁵ AUGUSTIN, St. *Les confessions, Livre XI*. Paris : Granier-Flammarion, 1964, p. 264.

⁴⁷⁶ KLEIN, Etienne. *Le facteur temps ne sonne jamais deux fois*. Paris : Flammarion, 2007, p. 90.

et de l'élaboration du sens des pratiques des soignants. Ce travail nous a fait prendre conscience de la place essentielle de la recherche dans une pratique soignante souvent phagocytée par le réel. Nous utilisons ce mot *conscience* au sens d'Henri Bergson, une « *mémoire, conservation et accumulation du passé dans le présent. Mais toute conscience est anticipation de l'avenir.* »⁴⁷⁷.

Notre démarche de recherche s'est attachée à comprendre le soin dans une dimension communicationnelle au plus près des acteurs. Ils sont eux-mêmes membres d'un système organisé de la santé. A ce titre, de nouvelles questions se posent à nous et particulièrement celle qui consiste à interroger l'établissement de soin sur sa capacité à être un lieu de relation et d'interaction, ou encore de médiation, un espace « *de mise en dialogue des différentes dimensions de la communication [...] envers les usagers* », mais également un espace qui permet « *de prendre en considération les représentations des personnels en termes d'appartenance, d'intercompréhension et de coopération* »⁴⁷⁸, en quelque sorte d'être une *organisation communicante* (Bonnet, 2009).

⁴⁷⁷ BERGSON, Henri. *L'énergie spirituelle*. Paris : PUF, 1976, p. 5.

⁴⁷⁸ BONNET, Jacques, BONNET, Rosette, HELAINE-PINSARD, Sabrina. Les organisations publiques : des institutions communicantes ? *Communication et organisation*, 2009, n°35, p. 146.

Bibliographie

ABALLEA, François. Sur la notion de professionnalité. *Recherche sociale*, octobre-décembre 1992, pp. 39-49.

ABRIC, Jean-Claude. *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France, 2011.

ABRIC, Jean-Claude. *L'étude expérimentale des représentations sociales*. In : JODELET, Denise. *Représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.

ALTIERI, Lorenzo. *Eidos et pathos : Corporéité et signification entre phénoménologie et linguistique cognitive*. Bucharest : Zetabooks, 2009.

AMIEL, Philippe. *Ethnométhodologie appliqué. Eléments de sociologie praxéologique*. Paris : Presses du Lema, 2010.

ANDRIEU, Bernard. *Communiquer son intime corporel*. In : GALINON-MELENEC, Béatrice, MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Le corps communicant - XXI^e siècle, civilisation du corps ?* Paris : L'Harmattan, 2007, pp. 131-147.

AUGE, Marc, COLLEYN, Jean-Paul. *L'anthropologie*. Paris : P.U.F., 2009.

AUGUSTIN, St. *Les confessions*, Livre XI. Paris : Granier-Flammarion, 1964.

AVET, Frédérique, MAUD, Julie, LE MENTEC, Maïté, SVANDRA, Philippe. *Psycho, socio, anthropo, philo*. Paris : Editions Med-line, 2010.

BACHELARD, Gaston. *Quelques aspects historiques des notions de modèle et de justification des modèles*. In : DELATTRE, Pierre, THELLIER, Michel. *Elaboration et justification des modèles*. Paris : Maloine, 1979.

BACHELARD, Gaston. *L'air et les songes*. Paris : Josi Corti, 1943.

BACHELARD, Gaston. *Le nouvel esprit scientifique*. Paris : PUF, 1934.

BAGGIO, Stéphanie. *Psychologie sociale : Concepts et expériences*. Paris : De Boeck, 2006.

BAILLY-SALIN, Pierre. Le soin et l'activité. *VST - Vie Sociale et Traitements*, janvier 2007, pp. 53-63.

BANDURA, Albert. *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck Supérieur, 2003.

BARBIER, Jean-Marie. *Situations de travail et formation*. Paris : L'Harmattan, 1996.

BASCO, Louis. *Construire son identité culturelle*. Paris : L'Harmattan, 2014.

BERGSON, Henri. *L'énergie spirituelle*. Paris : PUF, 1976.

BERTAUX, Daniel. *Le récit de vie. L'enquête et ses méthodes*. Paris : Armand Colin Editeur, 2010.

BIEDERMANN-PASQUES, Liselotte. Colloque international tenu à l'occasion du tricentenaire du Dictionnaire étymologique ou Origines de la langue française (1694). *Les caractéristiques de la modernité du système graphique de Ménage (1675)*. Lyon : Université Jean Moulin Lyon III, 17-19 mars 1994.

BIOY, Antoine. *La communication entre soignant et soigné : repères et pratiques*. Paris : Editions Bréal, 2003.

BLANCHET, Didier, LE GALLO, Françoise. Baby-boom et allongement de la durée de vie : quelles contributions au vieillissement ? *Insee Analyses*, septembre 2013.

BLIN, Thierry. *Alfred SCHÜTZ. Eléments de sociologie Phénoménologique*. Paris : L'Harmattan, 1998.

BOËTSCH, Gilles. Regards anthropologiques sur la peau. *Les cahiers de l'observatoire*, juin 2006, pp. 24-30.

BOIS, Danis. *Sujet sensible et renouvellement du moi*. Paris : Point d'appui, 2009.

BONNET, Jacques, BONNET, Rosette, RAICHVARG, Daniel. *Communication et intelligence du social. Acteurs, auteurs ou spectateurs des médias, de la consommation et des territoires. Tome 1*. Paris : L'Harmattan, 2014.

BONNET, Jacques, BONNET, Rosette, RAICHVARG, Daniel. *Communication et intelligence du social. Acteurs, auteurs ou spectateurs des savoirs, de l'éducation et de la culture. Tome 2*. Paris : L'Harmattan, 2014.

BONNET, Jacques, BONNET, Rosette, VIARD, Philippe. L'analyse de la pratique en formation infirmière. Vers une « clinique du sens ». *Communication & organisation*, décembre 2013, n°44, pp. 177-188.

BONNET, Jacques, BONNET, Rosette, RAICHVARG, Daniel. *Les savoirs communicants*. Dijon : Editions universitaires de Dijon, 2010.

BONNET, Jacques, BONNET, Rosette, HELAINE-PINSARD, Sabrina. Les organisations publiques : des institutions communicantes ? *Communication et organisation*, 2009, n°35, p. 146.

BONNET, Jacques, RAICHVARG, Daniel. La nouvelle équipe de recherche Cosmos de l'Université de Bourgogne. *Communication & organisation*, 2008, n°33, pp. 139-142.

BONNET, Rosette, BONNET, Jacques. *Du manager novice au manager expert*. Paris : Hermès Science Publications, 2006.

BONNET, Jacques. *Interprofessionnalité et complexité. Une tentative de compréhension et d'articulation des cultures et des pratiques professionnelle liées à la santé*. In : MANIERE, Dominique, AUBERT, Martine, MOUREY, France, OUTATA, Sabrina. *Interprofessionnalité en gérontologie. Travailler ensemble : des théories aux pratiques*. Ramonville Saint Agne : Editions érès, 2005.

BONNET, Rosette, BONNET, Jacques. *Nouvelles logiques, nouvelles compétences des cadres et des dirigeants. Entre relationnel et sensible*. Paris : L'Harmattan, 2003.

BONNEVILLE, Luc, GROSJEAN, Sylvie. *Repenser la communication dans les organisations*. Paris : L'Harmattan, 2007.

BOUGNOUX, Daniel. *La communication par la bande. Introduction aux sciences de l'information et de la communication*. Paris : La Découverte, 1998.

BOUGNOUX, Daniel. Qu'est-ce que la communication ? *MEI*, 1996, n°4, pp. 17-22.

BOUMEDIENE, Malik. *La place de la loi et du contrat dans la garantie du droit à la protection sociale de 1945 à nos jours*. Paris : Editions Publibook Université, 2003.

BOURDIEU, Pierre. *Réponses : pour une anthropologie réflexive*. Paris : Seuil, 1992.

BOURDONCLE, Raymond, MATHEY-PIERRE, Catherine. Autour du mot « professionnalité ». *Recherche et formation*, 1995, n°19, pp. 137-148.

BOURGEON, Dominique. Le Don et la relation de soin : historique et perspectives... *Recherche en Soins infirmiers*, juin 2007, n°89, pp. 4-14.

BRAUDEL, Fernand. *Civilisation matérielle, économie et capitalisme : XVe-XVIIIe siècle. Vol. 2*. Paris : Librairie générale française, 1993.

BRESSOUX, Jacques. Formalisation et modélisation dans les sciences sociales : une étude de la construction du jugement des enseignants. *Revue française de pédagogie*, juillet-août-septembre 2004, n°148, pp. 61-74.

Bulletin d'information de l'École Florence Nightingale. American Nurse Memorial. Cahors. 1935.

BURKS, Arthur, Walter. *Man : Sign or Algorithm ? A Rhetorical Analysis of Peirce's Semiotics. Vol. 16. Fall* : Indiana University Press, 1980.

BURLLOT, Adeline « Qu'est-ce qu'un fait clinique ? ». *Figures de la psychanalyse*, février 2005, n°12, p. 193-194.

CABIN, Philippe, DORTIER, Jean-François. *La communication : état des savoirs*. Paris : Sciences Humaines, 2008.

CALBERA, Jean-Bernard. La profession infirmière. *VST - Vie sociale et traitements*, mars 2003, n°79, pp. 55-57.

CAMILLERI, Carmel, AFFERGAN, Francis. *Différence et cultures en Europe*. Strasbourg : Council of Europe, 1995.

CAMILLERI, Carmel. La construction identitaire : essai d'une vision d'ensemble. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 1991, n°9-10, pp. 77-90.

CAMILLERI, Carmel, COHEN-EMERIQUE, Margalit, ABDALLAH-PRETCEILLE, Martine. *Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. Paris : L'Harmattan, 1989.

CATHELINE, Nicole, MARCELLI, Daniel. *Ces adolescents qui évitent de penser. Pour une théorie du soin avec médiation*. Paris : Erès, 2011.

CASTERAN SACRESTE, Bénédicte. 2013. *Série statistique*. Paris : DRESS, 2013.

CHARAUDEAU, Patrick. Pour une interdisciplinarité « focalisée » dans les sciences humaines et sociales. *Questions de communication*, 2010, n°17, pp. 195-222.

CHARAUDEAU, Patrick. Dis-moi quel est ton corpus, je te dirai quelle est ta problématique. *Corpus*, août 2009, pp. 37-66.

CHARLES, Geneviève. *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*. Paris : Editions du Centurion, 1979.

CHEVALLIER, Jacques. *Le service public*. Paris : Presses Universitaires de France, 2012.

CLEMENT, Jean-Marie. *La nouvelle loi Hôpital patients santé territoires. Analyse, critique et perspectives*. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières Editions, 2009.

CLOT, Yves. *La fonction psychologique du travail*. Paris : Presses Universitaires de France, 2006.

COHN, Lionel. *La nature de l'homme dans l'œuvre d'Albert Camus et dans la pensée de Teilhard de Chardin*. Lausanne : L'âge d'homme, 1977.

COLLIERE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie*. Paris : InterEditions/Masson Editions, 1982.

COMELIAU, Christian. *Les impasses de la modernité : critique de la marchandisation du monde*. Paris : Editions du Seuil, 2000.

COQ, Guy. *Emmanuel Mounier, actes du colloque tenu à l'Unesco*. Paris : Socomed Médiations, 2006.

DAVALLON, Jean. Objet concret, objet scientifique, objet de recherche. *Hermès*, 2004, n°38, pp. 30-37.

DEBOUT, Christophe. Théories de soins infirmiers, petit guide à l'usage des utilisateurs. *Soins*, 2008, n°724, p. 32-37.

DE CERTEAU, Michel. *L'invention du quotidien*. Paris : Gallimard, 1990.

DE HENNEZEL, Marie. *Le souci de l'autre*. Paris : Robert Laffont, 2004.

DE LUZE, Hubert. *L'ethnométhodologie*. Paris : Editions Economica, 1997.

DECONCHY, Jean-Pierre. Rokeach (Milton). The nature of Human Values. *Archives des sciences sociales des religions*, 1994, vol. 38, n°1, pp. 246-247.

DECHONCHY, Jean-Pierre. Milton Rokeach et la notion de dogmatisme. *Archives des sciences sociales des religions*, 1970, vol. 30, n°1, pp. 3-31.

DERRIDA, Jacques. *De la grammatologie*. Paris : Editions de Minuit, 1967.

DESCHAMPS, Jean-Claude, MOLINIER, Pascal. *L'identité en psychologie sociale. Des processus identitaires aux représentations sociales*. Paris : Armand Colin, 2012.

Dictionnaire des Soins Infirmiers et de la profession infirmière. Issy-les-Moulineaux : Masson Éditeur, 2005.

DIEBOLT, Evelyne, FOUCHE, Nicole. *Devenir infirmière en France : une histoire atlantique, 1854-1938*. Paris : Editions Publibook, 2011.

DOISE, Willem, MUGNY, Gabriel. *Le développement social de l'intelligence*. Paris : InterEditions, 1988.

DOISE, Willem, PALMONARI, Augusto. *L'étude des représentations sociales*. Paris : Delachaux & Niestlé, 1986.

DOLTO, Françoise. *L'image inconsciente du corps*. Paris : Editions du Seuil, 1984.

DONNADIEU, Bernard, GENTHON, Michèle, VIAL, Michel. *Les théories de l'apprentissage*. Paris : Masson, 1998.

DUBAR, Claude. *Sociologie des professions*. Paris : Armand Collin, 2011.

DUBAR, Claude. *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Collin, 2000.

DUBAR, Claude. *Identité collectives et individuelles dans le champ professionnel*. Bruxelles : De Boeck, 1994.

DUBAR, Claude. Formes identitaires et socialisation professionnelle. *Revue française de sociologie*, 1992, n°33-4, pp. 505-529.

DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette. *Le métier d'infirmière en France*. Paris : PUF, 1996.

DUBOIS, Nicole. *La norme d'internalité et le libéralisme*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 1994.

DUFRENE, Bernadette. La place du corps dans les sciences de l'information et de la communication. *Actes du colloque « médiations du corps »*. Université Stendhal, 24 et 25 septembre 2000.

EYMARD, Chantal, VIAL, Michel. Recherche clinique et intervention dans les organisations : coïncidences et différences. *En question*, 1999, n°37, pp. 1-33.

FERNANDEZ, Benjamin. Le temps de l'individuation sociale. *Revue du MAUSS*, février 2011, n°38, pp. 339-348.

FISCHER, Gustave-Nicolas. *Psychologie sociale de l'environnement*. Paris : Dunod, 2011.

FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux en psychologie de la santé*. Paris : Dunod, 2006.

FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2005.

FISCHER, Gustave-Nicolas. *La psychologie sociale*. Paris : Editions Point, 1997.

FISSETTE, Denis, POIRIER, Pierre. *Une longue tradition, une courte histoire, Philosophie de l'esprit. Etat des lieux*. Paris : Vrin, 2000.

FLAMENT, Claude. *Structure et dynamique des représentations sociales*. In : JODELET, Denise. *Représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.

FLANAGAN, John, Clemans. The critical incident technique. *The psychological Bulletin*, 1954, n°54, pp. 327-358.

FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Editions MALLET CONSEIL, 2009.

FORMARIER, Monique. L'apport des sciences infirmières aux sciences humaines. *Recherche en Soins Infirmiers*, juin 2007, n°89, p 3.

FOUCAULT, Michel. *Dits et écrits : 1954-1988, vol 2*. Paris : Gallimard, 1994.

FOUCAULT, Michel. *Les mots et les choses*. Paris : Gallimard, 1966.

FOURNIER, Martine. Comment savoir ? *Sciences Humaines*, 1999, n°98, pp. 18-37.

FROMM, Erich. *Avoir ou être. Un choix dont dépend l'avenir de l'homme*. Paris : Robert Laffont, 1976.

GAFFIOT, Félix. *Dictionnaire latin-français*. Paris : Hachette, 1934.

GAILLARD, Françoise. Roland Barthes : les mots, les choses. *Rue Descartes*, avril 2001, n°34, pp. 15-25.

GALINON-MELENEC, Béatrice, MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Le corps communicant. Le XXI^e siècle, civilisation du corps ?* Paris : L'Harmattan, 2007.

GENIN, Christophe, LEROUX, Claire, LONTRADE, Agnès. *Juger l'art ?* Paris : Publications de la Sorbonne, 2009.

GIDDENS, Anthony. *The constitution of Society : Outline of the Theory of Structuration*. Berkeley : University of California Press, 1984.

GINZBURG, Carlo. *Mythes, emblèmes, traces : Morphologie et histoire*. Paris : Verdier, 1989.

GIORDAN, André. Les conceptions de l'apprenant. *Sciences Humaines*, février-mars 1996, hors-série n°12, p. 48-50.

GIRARD, René. *Mensonge romantique et vérité romanesque*. Paris : Hachette, 2008.

GOFFMAN, Erving. La « distance au rôle » en salle d'opération. *Actes de la recherche en sciences sociales*, juin 2002, n°143, pp. 80-87.

GOFFMAN, Erving, KIHLM, Alain. *Les rites d'interaction*. Paris : Editions de Minuit, 1998.

GOFFMAN, Erving. *Stigmate*. Paris : Les Editions de Minuit, 1996.

GOFFMAN, Erving. *Les moments et leurs hommes*. Paris : Seuil, 1988.

GOFFMAN, Erving. *Frame Analysis : An Essay on the Organization of Experience*. New-York : Harper and Row, 1974.

GOFFMAN, Erving. *Mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Les Editions de Minuit, 1973.

GOFFMAN, Erving. *Les relations en public*. Paris : Editions de Minuit, 1973.

GOFFMAN, Erving. *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Editions de minuit, 1972.

GORDON, Mace, PETRY, François. *Guide d'élaboration d'un projet de recherche en sciences sociales*. Paris : De Boeck Supérieur, 2010.

GRAMACCIA, Gino. Les stratégies performatives dans le discours environnementaliste. *Recherches en communication*, 2011, n°35, pp. 80-90.

GRAMACCIA, Gino. *Les actes de langage dans les organisations*. Paris : L'Harmattan, 2001.

GRAWITZ, Madeleine. *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz, 1993.

GUERIN, Serge. Introduction au cahier. La société des seniors, jeunesse d'un défi». *Management et avenir*, octobre 2009, n°30, pp. 75-77.

GUILLERMAND, Jean. *Histoire des infirmières*. Paris : Editions France Sélection, 1988.

HABERMAS, Jürgen. *Morale et communication. Conscience morale et activité communicationnelle*. Paris : Le Cerf, 1996.

HABERMAS, Jürgen. *La technique et la science comme « idéologie »*. Paris : Gallimard, 1990.

HALL, Edward T. *La dimension cachée*. Paris : Editions du Seuil, 1971.

HEINICH, Nathalie. La sociologie à l'épreuve des valeurs. *Cahiers internationaux de sociologie*, février 2006, n°121, pp. 287-315.

HESBEEN, Walter. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997.

HIGGINS, Robert, William. Le statut « psychologique » du mourant. *Le Carnet Psy*, mai 2011, n°154, pp. 37-42.

HUARD, Guy. Alfred Schütz : le chercheur et le quotidien. *Aspects sociologiques*, novembre 1996, vol. 5, n°1, pp. 33-45.

HUGHES, Hilary, WILLIAMSON, Kirsty, LLOYD, Annemaree. Critical incident technique. In LIPU, Suzanne. Exploring methods in information literacy research. *Topics in Australasian Library and Information Studies*, Centre for Information Studies, Charles Strut University, Wagga wagga, N.S.W., 2007, n°28, pp. 49-66.

JEANNERET, Yves. *Penser la trivialité. Volume I : la vie triviale des êtres culturels*. Paris : Hermes Science Publications, 2008.

JEAN, St. *Evangile*. In : *La Bible de Jérusalem*. Paris : Desclée De Brouwer, 1975.

JODELET, Denise. *Représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.

Journal Officiel de la République Française n°0167 du 22 juillet 2009, page 12184, texte n°1, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR: SASX0822640L.

KAES, René. *Le Malêtre*. Paris : Dunod, 2012.

KAIN, Daniel. Owning significance : The critical incident technique in research. In : DEMARRAIS, Kathleen. *Foundations for research : Methods of inquiry in education and the social sciences*, Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum, 2004, pp. 69-85.

KERGOAT, Danièle, IMBERT, Françoise, LE DOARE, Hélène, SENOTIER, Danièle. *Les infirmières et leur coordination*. Paris : Lamarre, 1992.

KIEFER, Bernard. L'hôpital comme maladie. *Le Temps*, 18 septembre 2013.

KLEIN, Etienne. *Le facteur temps ne sonne jamais deux fois*. Paris : Flammarion, 2007.

KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des infirmières en France au XXe siècle*. Paris : Hachette Littératures, 2008.

LAMIZET, Bernard. *La médiation culturelle. Communication et civilisation*. Paris : Editions L'Harmattan, 1999.

LAMIZET, Bernard. *Les lieux de communication*. Wavre : Pierre Mardaga Editeur, 1995.

LAMONT, Michèle, BAIL, Christopher A. Les catégories internes et externes de l'identité collective. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, février 2005, n°21, pp. 61-90.

LAPLANTINE, François. *Le social et le sensible, introduction à une anthropologie modale*. Paris : Téraèdre, 2005.

LAULAN, Anne-Marie. *Liens et lieux*. Séminaire laboratoire CIMEOS, « L'intelligence territoriale et les lieux - Quel(s) rapport(s) avec les territoires ? ». Dijon, 25 juin 2014.

LE BRETON, David. *Sociologie du corps*. Paris : Presses Universitaires de France, 1992.

LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses Universitaires de France, 1990.

LE MOIGNE, Jean-Louis. Relier toujours relier. L'agir et penser en complexité. *Interlettre Chemin Faisant, Réseau Intelligence de la Complexité*, mars-avril 2014, n°70, pp. 1-3.

LECLERC, Chantal, BOURASSA, Bruno, FILTEAU, Odette. Utilisation de la méthode des incidents critiques dans une perspective d'explicitation, d'analyse critique et de transformation des pratiques professionnelles. *Education et francophonie*, printemps 2010, vol. 38, n°1, pp. 11-32.

LECOURT, Dominique. *Avant-propos*. In : BENAROYO, Lazare, LEVEVE, Céline, MINO, Jean-Christophe. *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*. Paris : Presses Universitaires de France, 2010.

LEPLAT, Jacques. Les contextes en formation. *Education permanente*, 2006, n°166, pp. 29-48.

LEPLAT, Jacques. Psychologie au travail. *L'année psychologique*, 1955, n°2, pp. 489-487.

LEVINAS, Emmanuel. *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Londres : Kluwer Academic Publishers, 1991.

LEVINAS, Emmanuel. *Ethique et infini*. Paris : Fayard, 1982.

LIPIANSKY, Edmond-Marc. L'identité dans la communication. *Communication et langages*, avril-mai-juin 1993, n°97, pp. 31-37.

LIPOVETSKY, Gilles. *Le bonheur paradoxal*. Paris : Gallimard, 2006.

LIPOVETSKY, Gilles. *Les temps hypermodernes*. Paris : Grasset, 2004.

LOMBARD, Jean, VANDEWALLE, Bernard. *Philosophie et soin. Les concepts fondamentaux pour interroger sa pratique*. Paris : Editions Seli Arslan SA, 2009.

LYOTARD, Jean-François. *La condition postmoderne*. Paris : Editions de Minuit, 1979.

MACE, Gordon, PETRY, François. *Guide d'élaboration d'un projet de recherche en sciences sociales*. Paris : De Boeck Supérieur, 2010.

MAGNON, René. *Les infirmières : identité, spécificité, et soins infirmiers : le bilan d'un siècle*. Paris, Masson, 2001.

MAILLE, Michel. *L'expérience de Dieu avec Louis-Marie Grignon de Montfort*. Anjou, Québec : Les Editions Fides, 2002.

MALINOWSKI, Bronislaw. *Une théorie scientifique de la culture : et autres essais*. Paris : François Maspero, 1968.

MALINVAUD, Edmond. *Méthodes statistiques de l'économétrie*. Paris : Dunod, 1978.

MARTINI, Carlo Maria. *Les vertus*. Saint-Maurice : Editions St-Augustin, 2002.

MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Le corps et les médias : La chair éprouvée par les médias et les espaces sociaux*. Paris : De Boeck Supérieur, 2008.

MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Penser le corps affectif comme média*. Mémoire d'Habilitation à Diriger des Recherches, Université de Bourgogne, 2006.

MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Anthropologie du corps communicant. In : Anthropologie et communication*. Paris : Editions L'Harmattan, 2002.

MASCIOTRA, Domenico. *Une entrée par les situations : Fondements des approches actives et situées*. Québec : Université McGill, 2006.

MAUSS, Marcel. *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris : Librairie Félix Alcan, 1925.

MEAD, Margaret. *Mœurs et sexualité en Océanie*. Paris : Plon, 1963.

MEIRIEU, Philippe. *Apprendre... oui, mais comment ?* Paris : ESF éditeur, 2012.

MELENEC, Béatrice, MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Le corps communicant - XX^e siècle, civilisation du corps ?* Paris : L'Harmattan, 2007.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard, 2005.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Signes*. Paris : Editions Gallimard, 1960.

MIEGE, Bernard. Le communicationnel et le social : déficits récurrents et nécessaires (re)-positionnements théoriques. *Loisir et Société / Society and Leisure*, 1998, pp. 24-42.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. *Profession infirmier, Recueil des principaux textes*. Paris : Berger-Levrault, 2006.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, *Profession infirmier*. Uzès : Sedi, 2010.

MOLINIE, Eric. *L'hôpital public en France : Bilan et perspectives*. Paris : Conseil économique et social, 2005.

MORCHAIN, Pascal. *Psychologie sociale des valeurs*. Paris : Dunod, 2009.

MORIN, Edgard, LE MOIGNE, Jean-Louis. *L'intelligence de la complexité*. Paris : L'Harmattan, 1999.

MOSCOVICI, Serge. Nos sociétés biuniques. *Communications*, février 2012, n° 91, pp. 93-112.

MOSCOVICI, Serge. *Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire*. In : JODELET, Denise. *Représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.

MOSCOVICI, Serge. *Psychologie sociale*. Paris : Presses universitaires de France, 1984.

MOUNIER, Emmanuel. *Oeuvres, volume 3*. Paris : Editions du Seuil, 1962.

MOUNIER, Emmanuel. *Traité du caractère*. Paris : Editions du Seuil, 1946.

MOUTEL, Grégoire. *Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche en médecine. Entre idéalismes et réalités cliniques*. Paris : L'Harmattan, 2004.

MUGNY, Yves, DOISE, Willem, DESCHAMPS, Jean-Claude. *Psychologie sociale et expérimentale*. Paris : Armand Collin, 1997.

MYERS, Gail, E., MYERS, Michelle, Toleta. *Les bases de la communication interpersonnelle*. Montréal : Mc Graw-Hill, 1984.

NARDONE, Giorgio, WATZLAWICK, Paul. *L'art du changement : thérapie stratégique et hypnothérapie sans transe*. Bordeaux : L'esprit du temps, 1993.

NIZET, Jean, RIGAUX, Natalie. *La sociologie de Erving Goffman*. Paris : La découverte, 2005.

NOËL, Bernadette. *La métacognition*. Paris : De Boeck Supérieur, 1997.

OGAY, Tania. Valeurs des sociétés et des individus, un état des lieux des modèles en psychologie interculturelle. *Les cahiers internationaux de Psychologie Sociale*, 2004, n°61, pp. 7-20.

OLIVESI, Stéphane. *La communication selon Bourdieu*. Paris : L'Harmattan, 2005.

PARANT, Alain. Les enjeux du vieillissement de la population. *Revue française d'administration publique*, janvier 2005, n°113, pp. 83-95.

PELLISSIER, Jacques. Réflexions sur les philosophies de soins. *Gérontologie et société*, septembre 2006, n°118, pp. 37-54.

PERREAU, Laurent. *Le monde social selon Husserl*. Paris : Springer Verlag, 2013.

PERREAU, Laurent. Symboles et monde de la vie. La sémiologie phénoménologique d'Alfred Schütz. *Philosophie*, 2012, pp. 31-44.

PERRENOUD, Philippe. Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation. *Cahiers Pédagogiques*, janvier 2001, n°390, pp. 42-45.

Points de repère - Les méthodes actives sont fondées. *Sciences Humaines*, février-mars 1996, hors-série n°12.

PROULX, Serge. *Une lecture de l'oeuvre de Michel de Certeau : L'invention du quotidien, paradigme de l'activité des usagers*. In : *Communication*. Montréal : Editions St-Martin, 1994, pp. 171-197.

QUIRY, Raymond, VAN CAMPENHOUDT, Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 1995.

RAICHVARG, Daniel. *Louis Pasteur, l'empire des microbes*. Paris : Découvertes Gallimard, 1995.

RASSE, Paul. *Histoire et actualité - L'histoire pour analyser le monde contemporain*. Paris : Editions l'Harmattan, 1999.

REGNAULT, Gérard. *Valeurs et comportements dans les entreprises françaises*. Paris : L'Harmattan, 2011.

RENAUD, Lise. *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2007.

RENAUD, Lise, THOER, Christine. Editorial. *Santé Publique*, mai 2007, vol. 19, pp. 351-352.

RICOEUR, Paul. *Philosophie de la volonté, tome 1. Le Volontaire et l'Involontaire*. Paris : Schlegel Jean-Louis, 2009 [Aubier, 1950, 1988].

ROKEACH, Milton. *La nature des valeurs humaines*. Free Press : New York, 1973.

SAILLANT, Francine. La part des femmes dans les soins de santé. *Revue internationale d'action communautaire*, 1992, vol. 28, n°6895, pp. 95-106.

SAINSAULIEU, Renaud. *Des sociétés en mouvement : la ressource des institutions intermédiaires*. Paris : Desclée de Brouwer, 2001.

SAINT PIERRE, Chantal, VINIT, Florence. Le toucher dans les soins infirmiers : regard croisé entre la discipline infirmière et l'anthropologie. *Université du Québec en Outaouais, cahier du GIRESSS*, septembre 2006, n°8.

SANSEAU, Pierre-Yves. Les récits de vie comme stratégie d'accès au réel en sciences de gestion : pertinence, positionnement et perspectives d'analyse. *Recherches qualitatives*, 2005, vol. 25, n°2, pp. 33-57.

SCHÜTZ, Alfred. *Essais sur le monde ordinaire*. Paris : Le Félin, 2010.

SCHWARTZ, Shalom H. Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie*, avril 2006, n°47, pp. 929-968.

SERON, Claude, WITTEZAELE, Jean-Jacques. *Aide ou contrôle : L'intervention thérapeutique sous contrainte*. Bruxelles : Editions De Boeck et Larcier S. A., 2009.

SMITH, James Patrick. *Virginia Henderson, une biographie*. Paris : InterEditions, 1995.

STIGLITZ, Joseph E. *Le triomphe de la cupidité*. Paris : LLL, 2010.

STRINGE, Didier. *Le service public Hospitalier*. Paris : Presses Universitaires de France, 2010.

SVANDRA, Philippe. *Prendre soin d'autrui... prendre soin du monde*. In : *Psycho, socio, anthro, philo*. Paris : Editions Med-line, 2010.

SVANDRA, Philippe. Le soin est-il soluble dans la bientraitance? *Gérontologie et société*, février 2010, n°133, pp. 23-31.

VALLET, Odon. *Petite grammaire de l'érotisme divin*. Paris : Albin Michel, 2005.

VANPOULLE, Yannick. *Epistémologie du corps en Staps : Vers un nouveau paradigme*. Paris : Editions L'Harmattan, 2011.

VARELA, Francisco, THOMPSON, Evan, ROSCH, Eléonor. *L'inscription corporelle de l'esprit - Sciences cognitives et expérience humaine*. Paris : Seuil, 2006.

VARELA, Francisco. *Autonomie et connaissance. Essai sur le vivant*. Paris : Seuil, 1989.

VARELA, Francisco. *Autopoiesis : The organization of living systems, its characterization and a model*. Biosystems. Vol. 5, Issue 4, may 1974, pp. 187-196.

VASSEUR, Alain. Introduction. *Colloque « L'habitat fragile, l'espace intime, l'espace refuge... Abri réel et symbolique, petit radeau de vie dans le grand mouvement du monde »*. Itinéraires Singuliers, Dijon, 13 mars 2014.

VEGA, Anne. Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé*, 1997, vol. 15, n°3, pp. 103-132.

VERMERSCH, Pierre. Aide à l'explicitation et retour réflexif. *Journal de l'association GREX*, mars 2005, n°59, pp. 26-31.

VIARD, Philippe. *De la cornette au stéthoscope : histoire infirmière et dimension du sacré*. Paris : actes du colloque : « Entreprise & Sacré : regards transdisciplinaires », 2012.

VIARD, Philippe. La toilette, une expérience du « sensible ». *Soins cadres*, août 2011, n°79, pp. 48-50.

VIGARELLO, Georges. Les recherches de Jean-Claude Forquin. *Actualités et influences*, avril-mai-juin 2001, n°135, pp. 15-17.

VINIT, Florence, BOURDAGES, Louis. *Du toucher à la qualité de contact*. In : CHAMPAGNE, Manon, MONGEAU, Suzanne, LUSSIER, Lyse. *Le soutien aux familles d'enfants gravement malades*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2014, pp. 119-130.

VINIT, Florence. *Docteur Clown à l'hôpital. Une prescription d'humour et de tendresse*. Montréal : Editions du CHU Sainte-Justine, 2010.

VINIT, Florence. *Le toucher qui guérit. Du soin à la communication*. Paris : Belin, 2007.

VYGOTSKI, Lev, Semenovitch. *Pensée et langage*. Paris : La Dispute, 2003.

WATZLAWICK, Paul. *Le langage du changement : éléments de communication thérapeutique*. Paris : Editions du Seuil, 1986.

WATZLAWICK, Paul, BAVELAS, Janet, BEAVIN, Jackson, DON DE, Avila. *Une logique de communication*. Paris : Editions du Seuil, 1986.

WATZLAWICK, Paul, WEAKLAND, John H., FISCH, Richard. *Changements : paradoxes et psychothérapie*. Paris : Editions du Seuil, 1981.

WENNER, Micheline. *Sociologie et culture infirmière. Pour mieux comprendre le terrain des pratiques professionnelles*. Paris : Editions Seli Arslam, 2001.

WINKIN, Yves. *Vers une anthropologie de la communication ? In : La communication : état des savoirs*. CABIN, Philippe, DORTIER, Jean-François. Paris : Sciences Humaines, 2008.

WINKIN, Yves. *Anthropologie de la communication : De la théorie au terrain*. Bruxelles : De Boeck et Larcier S. A., 1996.

WOLTON, Dominique. *Penser la communication*. Paris : Flammarion, 1997.

WOODTLI, Martin. *Les carnets du monde*. Europe 1, Paris, 2014 [diffusé le 12/04/2014].

WOODTLI, Martin. *Mit Alzheimer im Land des Lächelns*. Augsburg : Weltbild, 2013.

WORMS, Frédéric. Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales. *Esprit : les nouvelles figures du soin*, janvier 2006, n°321, pp. 141-157.

ZARIFIAN, Philippe. *Objectif compétence*. Paris : Editions Liaisons, 2001.

ZARIFIAN, Philippe. *Travail et communication : essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998.

ZHENG, Li-Hua. *Langage et interactions sociales : la fonction stratégique du langage dans les jeux de face*. Paris : L'Harmattan, 1998.

Sources numériques

AGENCE REUTER [en ligne]. <<http://www.7sur7.be/static/FOTO/pe/1/0/6/media/13563166.jpg?20100122222839>> (consulté le 30/10/2012).

ANDRIEU, Bernard. Contre l'esprit. *Methodos* [en ligne]. Avril 2004, mis en ligne le 09 avril 2004, <<http://methodos.revues.org/127> ; DOI :10.4000/methodos.127> (consulté le 12/11/2013).

ARDOINO, Jacques. *Entre bilan et commentaires ou de l'ingénieur et du clinicien* [en ligne]. 1997, <<http://jacques.ardoino.perso.sfr.fr/pdf/bilcom.pdf>> (consulté le 01/03/2014).

BLEIN, Georges. *Pour une anthropologie du soin* [en ligne]. <[http://ifsi.avignon.free.fr/DocumentsEtudiants/anthropo du soin.pdf](http://ifsi.avignon.free.fr/DocumentsEtudiants/anthropo_du_soin.pdf)> (consulté le 09/11/2012).

BOULA, Jean-Gilles. *Anthropologie et Soins : Savoir et Représentation, Psychologie et Ethiques médicales* [en ligne]. <www.gfmer.ch/Présentations_Fr/anthropologie_soins.htm> (consulté le 04/11/2012).

BOUTAUD, Jean-Jacques. Du sens, des sens. Sémiotique, marketing et communication en terrain sensible. *Semen, Sémiotique et communication* [en ligne]. Etat des lieux et perspectives d'un dialogue, n°23, 2007, <<http://semen.revues.org/document5011.html>> (consulté le 14/02/2014).

BRUN Nicolas, HIRSCH, Emmanuel, KIVITS, Joëlle. *Rapport de la mission « Nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé »* [en ligne]. Janvier 2011, <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_nouvelles_attentes_du_citoyen-2-2.pdf> (consulté le 15/04/2014).

COSTE, Florent. Incarnation, cognition et représentation : comment les sciences cognitives pensent-elles le corps. *Tracés* [en ligne]. Février 2003, mis en ligne le 11 mai 2009, <<http://traces.revues.org/4135> ; DOI : 10.4000/traces.4135> (consulté le 16/10/2013).

DICTIONNAIRE COLLINS [en ligne]. <[http://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/care? showCookiePolicy=true](http://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/care?showCookiePolicy=true)> (consulté le 10/04/2014).

GALINON-MELENEC, Béatrice. Expérience incarnée, construction cognitive et jugement. *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [en ligne]. 2013, n°3, mis en ligne le 30/07/2013, <<http://rfsic.revues.org/487>> (consulté le 23/06/2014).

GALINON-MELENEC, Béatrice, MARTIN-JUCHAT, Fabienne. Du « genre » social au « genre » incorporé : Le « corps genré » des SIC, *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [en ligne]. 2014, n°4, mis en ligne le 15/01/2014, <<http://rfsic.revues.org/857>> (consulté le 23/06/2014).

INSERM. *Vieillir en bonne santé : de fortes disparités entre les pays européens* [en ligne]. Mis en ligne le 14 novembre 2008, <<http://www.inserm.fr/espace-journalistes/vieillir-en-bonne-sante-de-fortes-disparites-entre-les-pays-europeens>> (consulté le 24/09/2013).

LA CROIX ROUGE. *Quand la Croix Rouge s'affiche 1950-2007* [en ligne]. <<http://sites.croix-rouge.fr/sites/expo-affiches/theme.php?menu=3>> (consulté le 30/10/2013).

LAMBIN, Rosine. Paul et le voile des femmes. *CLIO. Histoire, femmes et sociétés* [en ligne]. 1995, n°2, mis en ligne le 01/01/2005, <<http://clio.revues.org/488;DOI:10.4000/clio.488>> (consulté le 01/11/2013).

MARTINANT, Jean-Luc. *Conclusion des XXV^{es} Journées : Quelques remarques conclusives sur le thème : le corps, objet scientifique/objet technologique dans l'éducation et la culture*. In : GIORDAN, André, MARTINAND, Jean-Luc, RAICHVARG, Daniel. *Le corps objet scientifique, objet technologique dans l'éducation et la culture, Actes des XXVI^{ème} Journées internationales sur la communication, l'éducation et la culture scientifiques, techniques et industrielles*. Paris : DIRES. sur ARTheque - STEF - ENS Cachan [en ligne]. <<http://artheque.ens-cachan.fr/items/show/2851>> (consulté le 13/11/2013).

MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Quelle place aux émotions et aux mouvements dans la transmission du savoir ?* Conférence-performance en collaboration avec Etienne Quintens (danseur). Lyon : Colloque Marcel Jousse, 2010 [en ligne]. <http://www.academia.edu/3535817/Quelle_place_aux_emotions_et_auxmouv_ements_dans_la_transmission_du_savoir_Texte_sur_la_performance_lors_du_colloque_Marcel_Jousse> (consulté le 8/2/2014).

MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Représentation de corps en interaction : quels modèles de l'interprétation?* [en ligne]. 2005, <http://gesture-lyon2005.ens-lyon.fr/article.php?id_article=242> (consulté le 11/11/2013).

MAYERE, Anne. Communication et santé : étude des processus et dispositifs d'une rationalisation équipée. *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [en ligne]. 2014, n°4, mis en ligne le 15/01/2014, <<http://rfsic.revues.org/889>> (consulté le 23/06/2014).

METRO [en ligne]. <<http://www.metronews.fr/info/treirweiler-ambassadrice-de-la-fondation-danielle-mitterrand/mlit!BZa4jAIRYfUY/>> (consulté le 10/02/2014).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE [en ligne]. <<http://www.sante.gouv.fr>> (consulté le 16/01/2014).

Secrétariat Général des Ministères Sociaux, direction générale de l'offre de soins, direction générale de la santé, direction générale de la cohésion sociale, direction de la Sécurité Sociale. *H.P.S.T., une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé. 2011* [en ligne]. <[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette HPST grand public-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf)> (consulté le 16/09/2013).

RAICHVARG, Daniel. Il était une fois Louis Pasteur. Faut-il brûler le « sauveur de l'humanité ». *Libération sciences*, 16 mai 1995 [en ligne]. <<http://www.liberation.fr/sciences /1995/05/16/daniel-raichvarg-il-etait-une-fois-louis-pasteur-faut-il-bruler-le-sauveur-de-l-humanite> 133283> (consulté le 1/05/2014).

VINIT, Florence. *Le toucher : retrouver le caractère sacré du corps* [en ligne]. <<http://www.repere.tv/?p=1319>> (consulté le 15/12/2013).

WOODTLI, Martin. [en ligne]. <<http://www.alzheimerthailand.com/Alzheimer Thailand /Index.htm>> (consulté le 13/04/2014).

Table des figures

(Figures, illustrations et tableaux)

FIGURE 1 :	PROJET DE SOIN INFIRMIER.....	45
FIGURE 2 :	<i>ÉVOLUTIONS RELATIVES DU NOMBRE DES 60 ANS ET PLUS ET DU NOMBRE DES 20-59 ANS, TELLES QUE PROJETÉES EN 1995 ET 2010, PAR RAPPORT AUX NIVEAUX OBSERVÉS EN 1990. SOURCE : DINH (1995), CHARDON ET BLANPAIN (2010) ET CALCUL DES AUTEURS.</i>	68
FIGURE 3 :	NOMBRE D'ÉTUDIANTS À ADMETTRE EN IFSI DE 1995/1996 À 2013/2014.....	96
FIGURE 4 :	QUOTAS D'ENTRÉE EN IFSI POUR LA FRANCE DE 1995/1996 À 2013/2014.....	97
FIGURE 5 :	VALUE SURVEY ROKEACH (RSV)	132
FIGURE 6 :	MODELE THEORIQUE DES RELATIONS ENTRE LES DIX VALEURS DE BASE SELON SHALOM H. SCHWARTZ.....	138
FIGURE 7 :	HYPOTHESE DU <i>CORPS-MONDE</i>	164
FIGURE 8 :	L'ESPACE DE LA MALADIE, DE LA COMMUNICATION ET DU SOIN	166
FIGURE 9 :	LE <i>SOIN-COMMUNICANT</i>	167
FIGURE 10 :	MODELISATION DES « PROCESSUS MEDIATIQUES FAÇONNANT LES NORMES » PAR LISE RENAUD	187
FIGURE 11 :	SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET CORPS : CARACTERISATION DES VALEURS ENONCEES PAR LES ETUDIANTS	210
FIGURE 12 :	SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET CORPS : REPARTITION DES VALEURS SELON LES AXES DU MODELE DE SCHWARTZ.....	211

FIGURE 13 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET TECHNOLOGIE :	
CARACTERISATION DES VALEURS ENONCEES PAR LES ETUDIANTS	216
FIGURE 14 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET TECHNOLOGIE :	
REPARTITION DES VALEURS SELON LES AXES DU MODELE DE SCHWARTZ	217
FIGURE 15 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET DISTANCE :	
CARACTERISATION DES VALEURS ENONCEES PAR LES ETUDIANTS	222
FIGURE 16 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET DISTANCE :	
REPARTITION DES VALEURS SELON LES AXES DU MODELE DE SCHWARTZ	222
FIGURE 17 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET ENVIRONNEMENT :	
CARACTERISATION DES VALEURS ENONCEES PAR LES ETUDIANTS	227
FIGURE 18 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET ENVIRONNEMENT :	
REPARTITION DES VALEURS SELON LES AXES DU MODELE DE SCHWARTZ	227
FIGURE 19 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET LANGAGE :	
CARACTERISATION DES VALEURS ENONCEES PAR LES ETUDIANTS	232
FIGURE 20 : SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE SOIN ET LANGAGE :	
REPARTITION DES VALEURS SELON LES AXES DU MODELE DE SCHWARTZ	233
FIGURE 21 : CARACTERISATION DES VALEURS ENONCEES PAR LES ETUDIANTS	
POUR L'ENSEMBLE DES SITUATIONS PROFESSIONNELLES TYPES	239
FIGURE 22 : DESCRIPTIF DE L'UNITE D'ENSEIGNEMENT « SOINS DE CONFORT ET DE BIEN ETRE »	
DU REFERENTIEL DE FORMATION INFIRMIER	241
FIGURE 23 : ZONE DE REPARTITION DES VALEURS PAR SITUATION PROFESSIONNELLE TYPE	245
FIGURE 24 : ZONE GLOBALE DE REPARTITION DES VALEURS SELON LES AXES	
DU MODELE DE SCHWARTZ	245

FIGURE 25 : CONCEPTS	249
FIGURE 26 : EVOCATIONS MENTALES	259
FIGURE 27 : FORMALISATION SCHEMATIQUE DU <i>CORPS-MONDE</i> ET RAPPORT A SON CONTEXTE	315
FIGURE 28 : L'IMPLICATION DU <i>CORPS-MONDE</i> DANS UNE SITUATION RELATIONNELLE	319
FIGURE 29 : ESPACE DE LA MALADIE EN LIEN AU <i>CORPS-MONDE</i> DU MALADE.....	321
FIGURE 30 : LE <i>SOIN-COMMUNICANT</i> DANS L'ESPACE DE LA RELATION SOIGNANT/SOIGNE.....	323
FIGURE 31 : ACTIVITE DE SOIN DANS UNE ZONE DE CONTACT SOCIAL	326
FIGURE 32 : ACTIVITE DE SOIN DANS UNE ZONE DE L'INTIME.....	328
FIGURE 33 : LE <i>SOIN-COMMUNICANT</i> : ANALYSE DE LA PRATIQUE ET SUPERVISION	339
FIGURE 34 : SITUATIONS PROFESSIONNELLES TYPES : SOIN ET CORPS	386
FIGURE 35 : SITUATIONS PROFESSIONNELLES TYPES : SOIN ET TECHNOLOGIE.....	387
FIGURE 36 : SITUATIONS PROFESSIONNELLES TYPES : SOIN ET DISTANCE	388
FIGURE 37 : SITUATIONS PROFESSIONNELLES TYPES : SOIN ET ENVIRONNEMENT.....	389
FIGURE 38 : SITUATIONS PROFESSIONNELLES TYPES : SOIN ET LANGAGE	390

Table des photographies

PHOTOGRAPHIE 1 : AFFICHE CAMPAGNE CROIX-ROUGE (T. AUBERT / ANDY GLASS)	189
PHOTOGRAPHIE 2 : RETOUR DE CATASTROPHE (AGENCE REUTERS)	190
PHOTOGRAPHIE 3 : VALERIE TRIERWEILER A LA « UNE » DE METRO	192

Glossaire

AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARH	Agence Régionale Hospitalière
ARS.....	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant(e)
CES.....	Conseil Economique et Social
CHT.....	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHRU.....	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CFF	Chemins de Fer Fédéraux suisses
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNS	Conférence Nationale de Santé
CNRTL	Centre National de Ressources Textuelles et Langagière
COSMOS	Communication, Savoirs, Médiations, OrganisationS
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DDASS.....	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS.....	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES.....	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evolution et des Statistiques
DRSM	Direction Régionale du Service Médical
EHPAD.....	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FHP	Fédération de l'Hospitalisation Privée
GIRESSS	Groupe Interdisciplinaire de Recherche en Sciences de la Santé et milieux favorables

GRMS Groupe de Recherche Médias et Santé

GRSP Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie,

HPST Hôpital Patient Santé Territoires

IDE Infirmier Diplômé d'Etat

IFSI Institut de Formation en Soins infirmiers

INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MAPAD Maison d'Accueil Pour Personnes Agées Dépendantes

MRS Missions Régionales de Santé

MSA Mutualité Sociale Agricole

PIB Produit Intérieur Brut

RSI Régime Social des Indépendants

RSV Rokeach Survey Value

SIC Sciences de l'Information et de la Communication

URCAM Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Annexes

Annexe 1 : tableaux des catégories de récits de situation

N° entretien	Titre du récit de situation
004	Un patient urine sur un soignant, le soignant réagit violemment
006	Instaurer un climat de confiance auprès d'un patient réfractaire à la toilette
009	Au moment de l'aide au lever, une personne âgée devient agressive.
010	Accompagnement de la toilette d'une patiente risquant d'être violente
014	Appréhension à réaliser la toilette d'une personne amputée
020	Toilette pour un patient à retard mental
021	Un étudiant réalise sa première toilette pour un patient.
025	Communication au cours d'une toilette d'une personne âgée
028	Toilette d'une personne âgée prostrée
029	Chute pendant une toilette, sentiment d'échec du soignant
030	Forcer une personne âgée pour faire sa toilette
035	Un contact de la main « débloque » une personne qui ne pouvait plus manger.
037	Le désespoir d'une personne lors de sa toilette trouble l'infirmière sur le but de la vie.
044	Une personne âgée avec une incapacité physique est laissée seule sur les toilettes. Dignité, risque...
045	Lorsque que la toilette se passe bien...
048	L'attention est le plus important lors de la toilette d'une personne âgée.
054	Lors de la toilette, un soignant fait remarquer au patient la mauvaise odeur. Gène ? Perte de la face ?
057	Une personne Alzheimer refuse la toilette, manque de savoir-faire du soignant ?
079	Une communication corporelle avec un enfant autiste
080	La position de « spectateur » face à la nudité de jeunes filles musulmanes

FIGURE 34 : SITUATIONS PROFESSIONNELLES TYPES : SOIN ET CORPS

N° entretien	Titre du récit de situation
002	Education à l'auto-sondage pour une personne étrangère
008	Réaction d'un patient lors d'un pansement douloureux, surprise de l'étudiant
015	Contention d'une personne pour un change (dire la vérité)
017	Odeur forte lors d'un pansement d'escarre
019	Un patient s'énerve lors d'une injection retard.
024	Description d'un soin : injection neuroleptique retard
031	Faire un soin pour le confort des soignants (pose d'une sonde à demeure)
034	Réaliser une activité sans réfléchir aux conséquences
039	Une situation d'urgence pour une PA questionne l'IDE sur la responsabilité.
056	Premier geste pour une étudiante, la technique prend toute la place.
069	Sentiment de réussite lors d'un soin technique peu pratiqué
071	Une mise en situation de soin dans le stress rend la pédagogie inefficace et la relation au patient inexistante.
073	La douleur inévitable d'un nouveau-né lors d'un prélèvement est jugée comme un échec par la soignante.
074	Le temps d'une prise de sang, un moment privilégié pour la rencontre avec une personne âgée
081	L'aspect technique de l'annonce du cancer occulte la dimension relationnelle.
088	Une communication défailante entraîne la pose d'une sonde avec violence.
089	Zone de compétence et zone de décision lors d'un soin auprès d'un diabétique
090	Réanimation cardiaque sans efficacité, interrogation sur l'efficacité du geste
097	Un soin en service sans les précautions demandées dans le cadre de la bonne pratique
098	Le soignant obligé de fouiller les affaires d'un patient s'en trouve culpabilisé.

FIGURE 35 : SITUATIONS PROFESSIONNELLES TYPES : SOIN ET TECHNOLOGIE

N° entretien	Titre du récit de situation
013	Etudiant qui ment pour ne pas révéler un diagnostic péjoratif
022	Distance thérapeutique en santé mentale, activité marche
023	Peut-on faire un lien entre excès d'empathie et distance thérapeutique ?
026	Distance thérapeutique avec personne à retard mental
036	L'émotion dans situation d'urgence ne permet pas de faire le geste approprié.
042	Une PA remercie l'IDE et se met à pleurer à l'annonce de son départ.
046	Le positionnement du stagiaire en service
049	Vigilance et réactivité : les qualités de l'infirmier ?
055	Le tutoiement d'une patiente révèle la distance thérapeutique, la posture.
060	Un traitement pour accompagner la fin de vie - continuité des soins comme si de rien n'était
062	Ce que la routine nous dit de la considération de la personne soignée.
068	Sentiment d'incompétence ressenti suite à un reproche devant le patient
075	Une personne âgée est sereine face à la mort ce qui questionne le soignant sur son rapport à la mort.
077	Responsabilité et prise de décision, comment connaître la nature exacte de l'action à réaliser ?
078	L'inversement des rôles patient/soignant met en lumière l'adaptation de la communication à la situation de soin.
084	Mourir dans une chambre double ou comment l'institution organise la solitude de la fin de vie
085	Un enfant de deux ans est violent face aux adultes et aux autres enfants.
087	Un patient propose une sortie en dehors du service à une étudiante qui se sent alors en danger.
093	La pathologie du patient réduit la distance thérapeutique jusqu'à mettre en difficulté le soignant.
099	La bienveillance est nécessaire lorsque l'on encadre des étudiants sur le terrain.

FIGURE 36 : SITUATIONS PROFESSIONNELLES TYPES : SOIN ET DISTANCE

N° entretien	Titre du récit de situation
003	Le soignant se voit dans l'obligation de cacher la connaissance de la maladie à la patiente.
007	Participation d'une famille au soin (aide à l'alimentation)
011	Une personne âgée remange lors d'une sortie au restaurant.
012	Sentiment d'inutilité face à la douleur non prise en charge par le corps médical
027	Patient en fin de vie qui souhaite fumer, refus de l'équipe
047	Y a-t-il assez d'attention auprès des PA pour éviter les aggravations en institution ?
051	À domicile le soin demande-t-il plus de précautions ? Intimité, réussite ?
058	Importance de l'accueil des parents pour qu'ils gardent leur place auprès de leur enfant
059	Une famille questionne sur un pronostic péjoratif. Quel positionnement du soignant ?
063	Lors d'un accompagnement de fin de vie, un sourire de l'infirmière est mal interprété par la famille.
065	Contention d'un enfant pour réaliser un soin, l'incompréhension de la mère
066	L'infirmière traduit les propos du médecin qui ne sont pas conformes à la vérité de la situation du patient.
067	Sentiment de culpabilité d'un soignant face à la colère du fils d'une patiente suite à une erreur professionnelle d'un membre de l'équipe
072	La compétence de l'étudiante est remise en cause par les parents d'un enfant prématuré.
082	Lors d'une prise en charge de fin de vie d'une personne âgée, quelle communication pour une cellule familiale non traditionnelle ?
083	Les limites légales de la prise en charge mettent en difficulté l'identité soignante de l'étudiant.
086	Un temps accordé à une personne âgée juste avant sa mort se révèle un élément central du soin.
092	Comment analyser l'agressivité comme un symptôme de la pathologie traitée ?
094	La transformation d'une information amène à une erreur thérapeutique.
100	L'alitement et le silence médical mettent en difficulté l'approche relationnelle de la soignante.

FIGURE 37 : SITUATIONS PROFESSIONNELLES TYPES : SOIN ET ENVIRONNEMENT

N° entretien	Titre du récit de situation
001	Le langage professionnel auprès d'enfants
005	Un patient ne réagit pas avant la toilette, le soignant agit avec violence.
016	Prise en charge d'une patiente étrangère ne parlant pas français
018	Problèmes de communication avec les patients en tant que stagiaire
032	Toilette d'une personne mutique et catatonique
033	Soin sans communication verbale avec la patiente
038	Faire face à un refus d'une personne âgée Alzheimer, comment faire comprendre ?
040	Une personne âgée met en échec le soin malgré tous les efforts de l'infirmière.
041	Un soin avec un chien rend le sourire à une personne âgée dépendante qui ne parlait plus.
043	Importance de la connaissance de la PA dans le cas d'une communication verbale impossible (démence)
050	Evaluation de la douleur par les signes corporels
052	Quelle communication auprès de parents ne parlant pas la langue ?
053	Comment entrer en communication avec une patiente qui pleure et ne peut parler?
061	Quelles dernières paroles dire à un mourant et aux personnes qui l'accompagnent ?
064	Odeur forte d'une plaie, la réaction face au patient
070	Familiarité et grossièreté envers un patient par une aide-soignante : le malaise de l'étudiant
076	La situation dramatique d'une patiente tétraplégique envahit la relation de soin.
091	Le langage non verbal aurait-il été plus efficace dans une situation d'explication des suites d'hospitalisation ?
095	Les compliments d'une personne âgée mettent l'accent sur l'importance du soin relationnel.
097	Où commence et où s'arrête le soin ? Où commence et où s'arrête le tolérable pour le soignant ?

FIGURE 38 : SITUATIONS PROFESSIONNELLES TYPES : SOIN ET LANGAGE

Annexe 2 : tableaux de répartition des valeurs⁴⁷⁹

Situations types. Total de la répartition des valeurs

N° situation	Universalisme	Bienveillance	Tradition	Sécurité	Pouvoir	Réussite	Hédonisme	Stimulation	Autonomie
Soin et corps	20	56	43	28	0	3	0	0	15
Soin et technologie	13	39	53	23	0	1	1	4	26
Soin et distance	21	33	41	8	0	0	0	1	15
Soin et environnement	0	66	26	5	0	0	0	0	6
Soin et langage	10	51	34	0	0	0	1	0	9
Totaux	64	245	196	63	0	4	3	5	71

Situation type « soin et corps ». Répartition des valeurs

N° situation	Universalisme	Bienveillance	Tradition	Sécurité	Pouvoir	Réussite	Hédonisme	Stimulation	Autonomie
004	3		3						1
006		3		2					
009		3	4	1					
010		4	2	2					2
014				4					2
020		3	4						
021		3	2	2					1
025		3	1	2					
028	4	3	2						2
029				2		1			
030	3	2	2	1					
037		3	4						
035		3							2
044	1	1		4					
045	3	3	2						
048		3	1			1			
054	2	2							
057		2	3						
079		2		2					2
080		2	4						
Soin et corps	20	56,25	42,5	27,5	0	2,5	0	0	15

⁴⁷⁹ Les totaux pour chacune des valeurs sont calculés sur une base de 100 (ex :=(SOMME(B2:B21)*100)/80).

Situation type « soin et technologie ». Répartition des valeurs

N° situation	Universalisme	Bienveillance	Tradition	Sécurité	Pouvoir	Réussite	Hédonisme	Stimulation	Autonomie
002		4	1			1			2
008		3	3						
015		4	2	2					
017			4						
019		1	2	3					1
024		2	4						
031		1	4	2					
034		2		3					
039		3						3	1
056			3						2
069				1					4
071			4						4
073		1	4						
074		4	4	2			1		2
081		1	3						2
088		2		1					
089		1	1	2					
090			1	2					1
097			2						2
098		2							
Soin et technologie	0	38,75	52,5	22,5	0	1,25	1,25	3,75	26,25

Situation type « soin et distance ». Répartition des valeurs

N° situation	Universalisme	Bienveillance	Tradition	Sécurité	Pouvoir	Réussite	Hédonisme	Stimulation	Autonomie
013	3	1	1						
018			4	2					
023		2	4						
026			4						1
036			1	2					2
042		4	2						1
046		4							
049				2				1	2
055	4	3							
060	2	2							
062			2						
068			2						1
075	4	2							
077			2						
078		1	2						2
084	4	2							
085			2						1
087		2	2						
093			4						2
099		3	1						
Soin et distance	21,25	32,5	41,25	7,5	0	0	0	1,25	15

Situation type « soin et environnement ». Répartition des valeurs

N° situation	Universalisme	Bienveillance	Tradition	Sécurité	Pouvoir	Réussite	Hédonisme	Stimulation	Autonomie
003		3	1						
007		3		2					
011		4							
054		3							2
027		4	3						
047		4							1
051		2							
058		4							
059		2							2
063		3	2						
065		3							
066		1	4						
067		1	3	2					
072			2						
082		2	2						
083		4	1						
086		4							
092		2	1						
094			2						
100		4							
Soin et environnement	0	66,25	26,25	5	0	0	0	0	6,25

Situation type « soin et langage ». Répartition des valeurs

N° situation	Universalisme	Bienveillance	Tradition	Sécurité	Pouvoir	Réussite	Hédonisme	Stimulation	Autonomie
001			2						
005	4	2							
016		4	2						
018			3						
032		4							
033			2						
038			2						2
040		4					1		2
041		4							
043		1	2						
050		1	2						
052		2	2						
053		2	2						
061		4							
064		1	2						
070	4		2						
076		2							
091		4							
095		4							3
097		2	4						
Soin et langage	10	51,25	33,75	0	0	0	1,25	0	8,75

Résumé

Le soin-communicant

Un espace de médiation en vue de la construction d'une professionnalité soignante

Dans le contexte français des formations en soins infirmiers, cette thèse propose de concevoir le soin comme un processus de médiation et d'échange de significations entre les acteurs concernés, notamment soignés et soignants. Les processus communicationnels identifiés ici mettent en jeu des valeurs, des représentations et des positionnements identitaires qui concourent à l'élaboration et à l'expression d'une professionnalité soignante.

Le corpus de cette recherche est organisé à partir d'images médiatiques, d'activités de soin, de récits relatifs à des situations professionnelles, d'un récit de vie et d'une monographie. Ces cinq sources de données permettent une approche compréhensive des formes communicationnelles mobilisées dans le contexte du soin, des effets de sens relatifs aux pratiques observées ainsi que des logiques d'intervention et de relation des personnels soignants.

Le concept de *corps-monde* est proposé comme modèle intégrateur des rencontres et des distances relationnelles co-construites par les acteurs du soin. Enfin, pour répondre aux questionnements d'ordre stratégique auxquels se trouvent confrontées les organisations de santé dans le cadre des nouvelles pratiques de soin et des évolutions de la formation infirmière, la notion centrale de *soin-communicant* est installée afin de définir le soin comme un système complexe d'échanges signifiants. Ce concept tente de formaliser les espaces de médiation propres à la construction d'une professionnalité soignante pertinente et cohérente au regard des nouveaux enjeux de la formation en soins infirmiers.

Mots clés : soin, formation, corps, médiation, valeurs, identité, activité.

Abstract

Communicating-care

A mediation area to the building a caring professionalism

In the french context of nursing care teaching, this thesis aims at conceiving nursing as a process of mediation and communication notably between especially patients and care givers. The identified communication process involving values, self-identification and representation help to build up and express the caring professionalism.

The background documents are organized from 5 types of data which are media focuses, caring acts, professional situation reports, life stories and monographs. These data allow the comprehension of the communication items which are used in the health care context, also the effects of the observed practice meanings and finally the care giver way of acting and relating.

The carers build medical encounter and distance relationships. This is presented as the "*world-body*" concept. As part of the new care exercises and the nurse teaching evolution, the health care organizations are faced with strategic questionings. In order to answer those interrogations, the central concept of "*communicating-care*" is developed. This leads to define the care act as a meaningful and complex interaction system.

This concept tries to formalize mediation areas which are specific to the building of a relevant and coherent caring professionalism as regards with looking at the new challenges in nurse care teaching.

Keywords : care, training, body, mediation, values, identity, activity.